

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
PRAKTIK PENGAWAS MENELAN OBAT (PMO) DALAM  
PENGAWASAN PENDERITA TUBERKULOSIS PARU  
DI KOTA SEMARANG**



**Tesis  
Untuk memenuhi sebagian persyaratan  
Mencapai derajat Sarjana S-2**

**Magister Promosi Kesehatan**

**Nunuk Widyaningsih  
E . 4C002061**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
Desember  
2004**

## TESIS

# ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PRAKTIK PENGAWAS MENELAN OBAT (PMO) DALAM PENGAWASAN PENDERITA TUBERKULOSIS PARU DI KOTA SEMARANG

disusun oleh :

Nunuk Widyaningsih  
NIM. E4C002061


Telah dipertahankan di depan Tim Penguji  
Pada tanggal 17 Desember 2004  
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Menyetujui,

Pembimbing II

Pembimbing I

  
Priyadi Nugraha, SKM, MKes  
NIP. 132 046 693

  
dr. Bagoes Widjanarko, MPH  
NIP. 131 962 236

Penguji II

Penguji I

  
dr. Sri Andarini Indreswari, MKes

  
dr. Suhartono, MKes  
NIP. 131 962 238



Ketua Program Studi  
Magister Promosi Kesehatan,

  
Dr. Harbandinah Pitoyo, SKM  
NIP. 130 354 865

UPT-PUSTAK-UNDIP

Nn. Daft: 3580/T/MPK/c/  
Tgl. 4/3/05

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan dalam memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum / tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, 17 Desember 2004

Nunuk Widyaningsih

## **BIODATA PENULIS**

**Nama** : Nunuk Widyaningsih

**Tempat/tgl lahir** : Surabaya, 5 Januari 1961

**Agama** : Islam

**Alamat** : Jl.Hanoman IX / 1C Semarang

**Riwayat Pendidikan** : 1. Sekolah Dasar Negeri Simongan I Semarang (1974)  
2. Sekolah Menengah Pertama Negeri 3 Semarang (1977)  
3. Sekolah Menengah Atas Negeri 3 Semarang (1981)  
4. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang  
(1989)  
5. Pasca Sarjana UNDIP Semarang (2002-2004)

**Riwayat Pekerjaan** : 1. Kepala Puskesmas Batang 3 Kabupaten Batang (1990-1998)  
2. Kepala Puskesmas Sekaran Kota Semarang (1999-2002)  
3. Kepala Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang  
(2002- Sampai sekarang)

## KATA PENGANTAR

Segala puji hanya bagi Allah SWT, Tuhan semesta alam. Tiada daya dan kekuatan selain dari-Nya. Alhamdulillah atas izin-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini tepat pada waktunya dengan judul :” Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi praktik Pengawas Menelan Obat (PMO) penderita Tuberkulosis Paru di Kota Semarang “.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidaklah mungkin Tesis ini dapat terselesaikan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. dr. Bagoes Widjanarko, MPH. selaku pembimbing utama yang telah banyak memberikan bimbingan dan pengarahan.
2. Priyadi Nugraha, SKM, MKes, selaku pembimbing kedua yang telah banyak memberikan bimbingan dan pengarahan.
3. Keluarga penulis yang dengan setia mendampingi dan memberikan semangat serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penulisan Tesis ini.

Akhir kata penulis menyampaikan doa semoga Allah SWT selalu melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya kepada kita semua. Tak lupa saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan demi kesempurnaan Tesis ini.

Semarang, Desember 2004

Penulis

Nunuk Widyaningsih

**MAGISTER PROMOSI KESEHATAN PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG  
2004  
ABSTRAK**

**NUNUK WIDYANINGSIH**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PRAKTIK PENGAWAS  
MENELAN OBAT (PMO) PENDERITA TUBERKULOSIS PARU DI KOTA  
SEMARANG.**

xiv, 88 halaman, 22 tabel, 4 bagan, 5 kotak ,lampiran

Di Indonesia terdapat tidak kurang dari setengah juta kasus tuberkulosis baru per tahun dan 175.000 diantaranya meninggal dunia. Tuberkulosis merupakan penyebab kematian kedua setelah penyakit kardiovaskuler dan penyebab utama kematian dari seluruh penyakit infeksi menular. Di Kota Semarang penyakit tuberkulosis paru setiap tahunnya terjadi peningkatan, untuk menanggulangi hal tersebut digunakan strategi DOTS sejak tahun 2000, tetapi ternyata masih ditemukan adanya penderita tuberkulosis yang putus berobat 16%, dan ketidakteraturan penderita berobat 21%, karena penderita tidak patuh menelan obat dan peran PMO yang kurang. Keberhasilan DOTS dalam Program Pengobatan Tuberkulosis paru, dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya adalah pengetahuan, sikap, dan praktik Pengawas Menelan Obat (PMO) terhadap penderita tuberkulosis paru. Penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi praktik PMO penderita tuberkulosis paru di Kota Semarang.

Jenis penelitian ini adalah *Explanatory Research* yaitu menjelaskan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat melalui pengujian hipotesa dengan metode *Cross Sectional*. Data dianalisis dengan uji statistic Chi-Square dan Regresi Logistik. Populasi penelitian adalah para PMO dari penderita tuberkulosis paru dengan BTA positif sebanyak 254 dengan besar sample 70 orang. Variabel bebas adalah umur, pendidikan, pekerjaan, status keluarga, pendapatan, pelatihan, masa tugas; dan pengetahuan, sikap PMO. Variabel terikat adalah praktik PMO penderita tuberkulosis paru.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap PMO ( $p=0.002$ ), pengetahuan dengan praktik ( $p=0.041$ ), sikap dengan praktik ( $p=0.025$ ). Dan tidak ada hubungan signifikan antara karakteristik PMO (umur, pendidikan, pekerjaan, status keluarga, pendapatan, pelatihan, masa tugas ) dengan praktik PMO. Dengan metode *Forward Stepwise (Conditional)* diperoleh hasil bahwa tiga variabel bebas tersebut secara bersama-sama apabila diuji dengan metode regresi logistic diperoleh satu variabel yang memperlihatkan pengaruh terhadap praktik PMO, yaitu : variabel Sikap ( $p=0,014$ ).

Variabel yang dominan dalam memberikan pengaruh terhadap praktik PMO adalah Sikap. Satu variabel tersebut dengan kategori sikap baik, maka diperoleh kemungkinan memberikan pengaruh dalam praktik PMO sebesar 99,93 %.

Saran : Sikap dan praktik PMO yang baik agar dikembangkan dengan pembentukan kelompok para PMO di masing-masing Puskesmas, serta para petugas kesehatan lebih mengintensifkan penjelasannya dalam sikap PMO yang baik.

Kata kunci : Tuberkulosis paru, pengetahuan, sikap, dan praktik PMO.

Kepustakaan : 45 ( 1982 – 2003 )

**MASTER'S DEGREE OF HEALTH PROMOTION PROGRAMME  
DIPONEGORO UNIVERSITY SEMARANG**

**2004**

**ABSTRACT**

**NUNUK WIDYANINGSIH**

**FACTORS ANALYSIS HAVING AN EFFECT ON TO EXPLOITING OF  
PRACTICE DRUGS SWALLOWING CONTROL (PMO) LUNG  
TUBERCULOSIS PATIENTS IN SEMARANG**

xiv, 88 pages, 22 tables, 4 pictures, 5 box, exclosures.

At least half million a new cases of tuberculosis each year occurred in Indonesia, in which 175.000 of them died. Tuberculosis is the second killer in adults after cardiovascular diseases and the most important killer out of all the communicable diseases. Lung Tuberculosis has been increase every year in Semarang, in order to handle that case, the strategy of DOTS has been used since 2000. In case of that, there are still founded that the number of Drop out to patient is 16%, and the irregular tuberculosis patient is 21%. It happened because the patient didn't obey to swallow the drugs and the role of PMO was decrease. Knowledge, attitude, and practice of drugs swallowing control (PMO) have a very important role and determine the successful of Pulmonary Tuberculosis Control Programmes. This research aim to know factors that having an effect on to exploiting of practice Drugs Swallowing Control (PMO) lung tuberculosis patients in Semarang.

The type of this research is Explanatory Research that is explaining relation between independent variable and dependent variable through examination of hypothesizing using cross sectional method. Data analysis with Chi-Square statistical test and Logistics Regression. Research population is drugs swallowing control (PMO) of lung tuberculosis patients with positif BTA, counted 254 with 70 people of sample.

The result of research show there is a relation between knowledge and attitude ( $p=0.002$ ), knowledge and practice ( $p=0.041$ ), attitude and practice ( $p=0.025$ ). There is no significant relation between PMO characteristic (age, level of education, work, family status, income, training, duty periode) and PMO practice lung tuberculosis patients. Using Forward Stepwise (Conditional) method the result can be obtained that all independent variable if tested together using logistic regression method yielding one variable show the influence to exploiting of PMO practice : Attitude ( $p=0,014$ ). The most dominant variable in giving influence to PMO practice is Attitude.

One of the variable with good attitude category hence possibility exploit practice obtained equal 99,93%. Suggestion : The healthy attitude and practice of PMO has to develop with making of the group of PMO at each Public Health Centre, and The officer has more intensive to explain the healthy attitude of PMO.

**Keywords :** Lung Tuberculosis, knowledge, attitude, and practice PMO.

**Reference :** 45 ( 1982 – 2003 )

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN	iii
BIODATA PENULIS	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR KOTAK	xiv
 BAB I PENDAHULUAN .....	 1
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
E. Ruang Lingkup Penelitian .....	6
F. Keaslian Penelitian .....	7
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	 10
A. Gambaran Umum TB Paru .....	10
1. Pengenalan Penyakit TB Paru .....	10
a. Pengertian .....	10
b. Tanda dan Gejala .....	11
c. Faktor Penyebab .....	11
d. Akibat Lanjutan .....	11
2. Tindakan Yang Harus dilakukan Sehubungan	
Dengan Penyakit TB Paru .....	12
a. Pencegahan Penularan .....	12
b. Perawatan Pasien TB Paru .....	12



c. Pengobatan .....	13
B. DOTS .....	13
1. Pengertian .....	13
2. Tujuan .....	14
C. PMO .....	15
1. Pengertian .....	15
2. Syarat PMO .....	15
3. Tugas PMO .....	16
D. Faktor yang mempengaruhi Perilaku. ....	17
1. Pengetahuan .....	17
2. Sikap .....	18
3. Praktik .....	18
E. Perubahan Perilaku Kesehatan menurut Fishbein Ajzen. ....	19
F. Perubahan Perilaku Kesehatan .....	22
G. Perubahan Perilaku menurut L.Green. ....	24
H. Aspek Perilaku dalam Pelayanan PMO .....	25
I. Landasan Teori .....	27
 BAB III METODE PENELITIAN .....	 30
A. Kerangka Konsep .....	30
B. Hipotesis .....	31
C. Variabel Penelitian .....	32
D. Definisi Operasional Variabel .....	33
E. Jenis Penelitian .....	36
F. Sumber Data Penelitian .....	37
G. Populasi dan Sampel .....	38
H. Bahan atau Alat Penelitian .....	39
I. Pengolahan data .....	40
J. Analisa Data .....	40
1. Analisis univariat .....	40
2. Analisis bivariat .....	41
3. Analisis multivariat .....	43

K. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	44
1. Uji validitas .....	44
2. Uji reliabilitas .....	45
L. Kesulitan Penelitian .....	45
 BAB IV. HASIL PENELITIAN .....	46
A. Gambaran Umum .....	46
B. Hasil Penelitian .....	48
1. Gambaran Responden .....	48
1) Distribusi kelompok Umur .....	48
2) Distribusi Pendidikan .....	49
3) Distribusi Pekerjaan .....	49
4) Distribusi Pendapatan .....	50
5) Distribusi Masa tugas PMO .....	50
6) Distribusi Pelatihan PMO .....	51
7) Distribusi Status keluarga .....	51
8) Distribusi Pengetahuan PMO .....	52
9) Distribusi Sikap PMO .....	52
10) Distribusi Praktik PMO .....	55
2. Analisis Bivariat .....	56
a. Hubungan umur dengan praktik .....	56
b. Hubungan antara pendidikan dengan praktik .....	57
c. Hubungan antara pekerjaan dengan praktik .....	58
d. Hubungan antara pendapatan dengan praktik .....	59
e. Hubungan antara masa tugas dengan praktik .....	60
f. Hubungan antara pelatihan dengan praktik .....	61
g. Hubungan antara status keluarga dg praktik.....	62
h. Hubungan antara pengetahuan dengan sikap .....	63
i. Hubungan antara pengetahuan dengan praktik .....	64
j. Hubungan antara sikap dengan praktik .....	65
3. Analisis Multivariat .....	67

BAB V	PEMBAHASAN .....	69
A.	Karakteristik responden .....	69
B.	Pembahasan analisis bivariat .....	72
1.	Pengetahuan .....	73
2.	Sikap .....	77
3.	Praktik .....	78
C.	Pembahasan multivariat .....	81
	Pengaruh karakteristik responden, pengetahuan dan sikap .....	81
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN .....	84
A.	Kesimpulan .....	84
B.	Saran .....	85
DAFTAR PUSTAKA	.....	86
LAMPIRAN-LAMPIRAN		

## DAFTAR BAGAN

II.1. Theory of Reason Action.....	20
II.2. Theory L.Green .....	24
II.3. Kerangka Teori modifikasi.....	28
III.1. Kerangka Konsep .....	30

## DAFTAR TABEL

TABEL	Halaman
4.1 Persentase Tingkat Pendidikan .....	47
4.2 Persentase Mata Pencarian Penduduk .....	47
4.3 Distribusi Frekuensi Umur Responden .....	48
4.4 Distribusi Frekuensi Pendidikan .....	49
4.5 Distribusi Frekuensi Pekerjaan .....	50
4.6 Distribusi Frekuensi Pendapatan .....	50
4.7 Distribusi Frekuensi Masa tugas .....	50
4.8 Distribusi Frekuensi Pelatihan .....	51
4.9 Distribusi Frekuensi Status keluarga .....	51
4.10 Distribusi Frekuensi Hasil Jawaban Pengetahuan .....	52
4.10.1 Distribusi Frekuensi Pengetahuan .....	53
4.11 Distribusi Frekuensi Sikap PMO .....	53
4.11.1. Distribusi Frekuensi Hasil Jawaban Sikap responden .....	54
4.12. Distribusi Frekuensi Hasil jawaban Praktik .....	55
4.12.1. Distribusi Frekuensi Praktik PMO . .....	56
4.13. Hubungan Umur dengan Praktik .....	56
4.14. Hubungan Pendidikan dengan Praktik .....	57
4.15. Hubungan Pekerjaan dengan Praktik .....	58
4.16. Hubungan Pendapatan dengan Praktik .....	59
4.17. Hubungan Masa tugas dengan Praktik .....	60
4.18. Hubungan Pelatihan dengan Praktik .....	61
4.19. Hubungan Status keluarga dengan Praktik .....	62
4.20. Hubungan Pengetahuan dengan Sikap .....	63
4.21. Hubungan Pengetahuan dengan Praktik .....	64
4.22. Hubungan Sikap dengan Praktik .....	66

## DAFTAR KOTAK

	Halaman
Kotak.1. ....	76
Kotak.2.....	78
Kotak. 3. ....	80
Kotak. 4. ....	80
Kotak. 5. ....	80

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan dunia, terutama di negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia. <sup>1)</sup> Data dari WHO menunjukkan sebanyak 2 juta orang meninggal dunia tiap tahun dan 250.000 di antaranya adalah anak-anak. <sup>1,2)</sup>

Di Indonesia, tuberkulosis merupakan penyebab kematian kedua setelah penyakit kardiovaskuler dan penyebab utama kematian dari seluruh penyakit infeksi menular. <sup>2,3,4)</sup> Diperkirakan terdapat 591.000 kasus baru per tahun dan 175.000 di antaranya meninggal dunia. <sup>3,4)</sup> Dari jumlah tersebut, tuberkulosis di Indonesia menduduki peringkat ketiga di dunia setelah RRC dan India. <sup>2,3,4)</sup>

Sejak tahun 1995/1996, pemerintah Indonesia telah memperkenalkan strategi "*Directly Observed Treatment Shortcourse*" (DOTS), suatu strategi penanggulangan Tuberkulosis yang memberikan harapan kesembuhan yang tinggi. Kegiatan yang dimaksud meliputi deteksi penderita melalui pemeriksaan laboratorium, penentuan kategori pengobatan, pengawasan langsung menelan obat, dan pengamatan pasien yang tidak patuh berobat. Selain itu, dilakukan pemantauan tingkat kesembuhan penderita dengan pemeriksaan ulang sputum pada akhir fase awal, akhir fase lanjut, dan akhir pengobatan. <sup>5)</sup>

Di Kota Semarang, sebelum dilaksanakan strategi DOTS pada tahun 1999, menunjukkan kegagalan terapi mencapai 50%. Kegagalan terapi

disebabkan oleh faktor ketidak patuhan penderita menelan obat , dan belum dilaksanakan peran pengawas menelan obat (PMO) secara langsung bagi penderita tuberkulosis.<sup>6)</sup>

Strategi DOTS telah digalakkan sejak tahun 2000, di setiap Puskesmas yang ada di Kota Semarang, dengan tujuan untuk meningkatkan angka keberhasilan pengobatan dan angka kesembuhan tuberkulosis sehingga kasus tuberkulosis menjadi menurun.<sup>7)</sup>

Penemuan kasus tuberkulosis mengalami peningkatan setiap tahunnya, sejak strategi DOTS mulai digalakkan pada tahun 2000. Data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang pada tahun 2003, menunjukkan penemuan tuberkulosis paru dengan Baksil Tahan Asam (BTA) positif sebanyak 15,62 % dari 1626 spesimen suspek tuberkulosis paru, dengan angka konversi 76,09%, angka kesembuhan masih 79,75%, dan ditemukan pula putus berobat sebanyak 16%, serta penderita lalai berobat sebanyak 21%.<sup>7)</sup> Dan hampir semua pasien tuberkulosis ada pengawas minum obat/PMO-nya. Sebagian besar dari PMO tersebut adalah keluarga pasien, tetapi di Semarang Jateng ada PMO dari petugas kesehatan. Menurut hasil penelitian Nasrin Kodim di Jawa tengah bahwa pengaruh PMO dinilai terhadap kepatuhan berobat fase awal, konversi, kepatuhan berobat fase akhir, dan kesembuhan. Secara keseluruhan, terlihat ada hubungan yang secara statistik bermakna antara PMO dan kepatuhan berobat pada fase awal. Tetapi tidak ada hubungan yang bermakna antara PMO dan kepatuhan berobat sampai akhir.<sup>5)</sup>

Keberhasilan pengobatan tuberkulosis paru ditentukan oleh kepatuhan dan keteraturan dalam berobat, pemeriksaan fisik, dan laboratorium.<sup>3,4)</sup> Oleh sebab



itu, selama masa pengobatan diperlukan kerja sama yang baik serta berkesinambungan antara seorang PMO dengan penderita dalam mematuhi peraturan tata cara minum obat dan kontrol kesehatan.

Ditinjau dari segi kesehatan masyarakat, pengobatan tuberkulosis paru yang tidak dipantau dengan baik dan tidak tuntas dapat berakibat buruk.<sup>1,4)</sup> Karena apabila seorang penderita tidak teratur minum obat atau gagal menyelesaikan program pengobatan, maka kuman di dalam paru-paru dapat berkembang menjadi kuman yang resisten terhadap obat anti tuberkulosis (OAT) dan orang yang tertularpun akan mengalami resistensi yang sama.<sup>1,2,4)</sup>

Praktik seorang PMO dipengaruhi oleh sikap dan pengetahuannya tentang penyakit tersebut. Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan hal ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.<sup>8)</sup> Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek.<sup>7)</sup> Sikap merupakan “predisposisi” tindakan atau perilaku.<sup>8,9)</sup> Perilaku dapat diartikan sebagai suatu respon individu terhadap rangsangan yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya, dan berbentuk dua macam yaitu perilaku aktif dan pasif.<sup>8,9)</sup>

Faktor pengetahuan, sikap, dan praktik mempunyai pengaruh yang besar terhadap status kesehatan individu maupun masyarakat dan berperan penting dalam menentukan keberhasilan suatu program pencegahan, pengobatan dan pemberantasan suatu penyakit termasuk tuberkulosis paru.<sup>3,9)</sup> Pengetahuan, sikap, dan praktik seorang PMO yang buruk akan menyebabkan kegagalan pengobatan tuberkulosis paru, karena pengobatan ini memerlukan waktu yang cukup lama.

Maka dalam penelitian ini akan dicari faktor-faktor yang mempengaruhi praktik PMO dalam melaksanakan pengawasan penderita tuberkulosis paru untuk menelan obat, terutama dari hubungan antara karakteristik PMO, pengetahuan, sikap PMO terhadap praktik pengawasan penderita tuberkulosis paru dalam menelan obat dan faktor-faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap praktik PMO.

## **B. Perumusan Masalah**

Pengobatan tuberkulosis paru di Kota Semarang pada tahun 1999, menunjukkan kegagalan terapi mencapai 50%, karena belum menggunakan strategi DOTS. Faktor ketidak patuhan penderita menelan obat merupakan salah satu penyebab kegagalan pengobatan <sup>6)</sup>

Strategi DOTS telah digalakkan sejak tahun 2000, di setiap Puskesmas yang ada di Kota Semarang, diharapkan angka keberhasilan pengobatan dan angka kesembuhan tuberkulosis meningkat sehingga kasus tuberkulosis menjadi menurun. <sup>7)</sup>

Setelah strategi DOTS digunakan, tuberkulosis mengalami peningkatan penemuan penderita setiap tahunnya, walaupun menunjukkan penemuan tuberkulosis paru dengan Baksil Tahan Asam (BTA) positif hanya 15,62 % dari 1626 spesimen suspek tuberkulosis paru, dengan angka konversi 76,09%, angka kesembuhan masih 79,75%, dan masih ditemukan pula yang putus berobat sebanyak 16%, serta penderita lalai berobat sebanyak 21%. <sup>7)</sup>

Keberhasilan DOTS dalam program pengobatan tuberkulosis paru, dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya adalah karakteristik

PMO, pengetahuan, sikap, dan praktik seorang PMO terhadap penyakit tuberkulosis paru.

Maka permasalahan yang akan dikaji dalam penelitian ini adalah :

***Apakah faktor-faktor dari karakteristik PMO, pengetahuan, dan sikap PMO yang mempengaruhi praktik Pengawas Menelan Obat (PMO) penderita tuberkulosis paru di Kota Semarang ?***

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru di Kota Semarang.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui karakteristik Pengawas Menelan Obat (PMO)
- b. Mengetahui pengetahuan PMO mengenai pengawasan penderita tuberkulosis paru.
- c. Mengetahui sikap PMO terhadap pengawasan penderita tuberkulosis paru.
- d. Mengetahui praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru.
- e. Menganalisis hubungan antara karakteristik PMO dengan praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru.
- f. Menganalisis hubungan antara pengetahuan, dengan sikap PMO penderita tuberkulosis paru.
- g. Menganalisis hubungan antara pengetahuan dengan praktik PMO penderita tuberkulosis paru.

- h. Menganalisis hubungan antara sikap dengan praktik PMO penderita tuberkulosis paru.
- i. Menganalisis faktor-faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap praktik PMO penderita tuberkulosis paru.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Dinas Kesehatan hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan dalam perencanaan Program Penanggulangan Tuberkulosis.
2. Bagi Unit Pelayanan Kesehatan di Kota Semarang dapat dipergunakan sebagai informasi untuk membuat perencanaan.
3. Bagi keluarga penderita sebagai masukan untuk dapat berperan serta sebagai PMO.
4. Bagi lingkungan Akademik penelitian ini dapat memperluas dan memperkaya pandangan ilmiah, khususnya mengenai Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit tuberkulosis paru.
5. Bagi Peneliti, penelitian ini merupakan wadah untuk menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan serta menambah wawasan dan pengetahuan yang lebih mendalam dalam Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit tuberkulosis paru.

#### **E. Ruang Lingkup Penelitian**

1. Lingkup Masalah:

Masalah dibatasi pada faktor yang berpengaruh terhadap PMO penderita tuberkulosis paru di Kota Semarang.

2. Lingkup Sasaran :

Peneliti mengambil sasaran yaitu PMO yang aktif dan pernah aktif di Kota Semarang pada tahun 2003 – 2004.

3. Lingkup Waktu :

Penelitian ini dilakukan pada bulan September- Oktober 2004

4. Lingkup Keilmuan :

Penelitian ini termasuk dalam penelitian Ilmu Kesehatan Masyarakat, kaitannya dalam bidang Promosi Kesehatan.

5. Lingkup Lokasi :

Penelitian dilaksanakan di wilayah Dinas Kesehatan Kota Semarang, terdiri dari 37 Puskesmas Kota Semarang.

## **F. Keaslian Penelitian**

Penelitian tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap PMO dalam pengawasan menelan obat penderita tuberkulosis paru di Kota Semarang sepanjang sepengetahuan peneliti belum pernah dilakukan. Namun demikian ada beberapa penelitian tentang permasalahan tuberkulosis paru yang pernah dilakukan yaitu:

1. Wiwiek Natalya mengadakan penelitian tentang perbedaan tingkat kepatuhan berobat pada penderita tuberkulosis paru yang didampingi PMO dan tidak didampingi PMO di wilayah Puskesmas Kabupaten Boyolali tahun 1999. Hasil penelitian tersebut menunjukkan ada perbedaan kepatuhan berobat yang

signifikan antara penderita tuberkulosis paru yang didampingi PMO dan tidak didampingi PMO. Pada penderita yang didampingi PMO tingkat kepatuhan berobatnya lebih tinggi dibanding dengan penderita yang tidak didampingi PMO.<sup>10)</sup>

2. Haryanto mengadakan penelitian tentang hubungan pengetahuan, sikap dan praktik kader dalam penemuan tersangka penderita tuberkulosis paru di Kecamatan Srumbung Kabupaten Magelang pada tahun 2001. Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya variasi pengetahuan, sikap dan praktik kader dalam penemuan tersangka penderita tuberkulosis paru. Uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan praktik kader dalam penemuan tersangka penderita tuberkulosis paru.<sup>11)</sup>
3. Betty Kathalina mengadakan penelitian tentang Gambaran penderita tuberkulosis paru resisten dan identifikasi faktor pengobatan penyebab terjadinya resistensi di BP4 Kota Semarang pada tahun 2002. Hasil penelitian tersebut menunjukkan faktor pengobatan penyebab terjadinya tuberkulosis paru resisten adalah adanya pengobatan yang tidak rutin dan adanya pengobatan terputus sebelum mereka menjalani pengobatan ke BP4 Semarang.<sup>12)</sup>
4. Bungkus Handy A mengadakan penelitian tentang hubungan pengetahuan, sikap dengan praktik orang tua dalam mendukung kesembuhan tuberkulosis paru anak di BP4 Tegal pada tahun 2003. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa ada korelasi positif dan signifikan antara pengetahuan, sikap dan praktik orang tua dalam mendukung kesembuhan tuberkulosis paru anak.<sup>13)</sup>

Dari ke empat penelitian yang ada, hal yang membedakan penelitian ini dari penelitian sebelumnya adalah tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap praktik PMO dalam pengawasan menelan obat penderita tuberkulosis paru di Kota Semarang, dengan tujuan untuk mengetahui karakteristik PMO, pengetahuan, sikap dan praktik pengawasan penderita tuberkulosis paru dalam menelan obat, serta menganalisis faktor-faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap praktik PMO di Kota Semarang.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Indonesia berada di urutan ketiga terbanyak didunia dalam jumlah penderita Tuberkulosis, dengan hampir 600.000 kasus tuberkulosis baru setiap tahunnya, atau 280 kasus baru per 100.000 penduduk termasuk 126 kasus baru BTA positif per 100.000. Dan hanya 29% dari seluruh kasus tuberkulosis paru yang terdeteksi. Sedangkan dari angka itu keberhasilan pengobatan berkisar pada angka 85%.<sup>2,3,4)</sup>

Pengobatan akan berhasil bila penderita minum obat minimal 6 bulan. Resistensi obat terjadi kalau seorang penderita berhenti minum obat sebelum tuntas atau bila si penderita diberi obat yang keliru. Bila ini terjadi, bukan saja si penderita membutuhkan obat yang berbeda dan lebih mahal, namun juga ia dapat menulari orang lain dengan tuberkulosis yang juga kebal obat.<sup>1,2)</sup>

#### **A. Gambaran Umum Penyakit Tuberkulosis Paru**

Beberapa hal yang perlu diketahui sehubungan dengan penyakit tuberkulosis paru

: 14)

##### **1. Pengenalan Penyakit Tuberkulosis Paru**

###### **a. Pengertian**

Tuberkulosis Paru adalah penyakit infeksi menahun menular yang disebabkan oleh kuman tuberkulosis (*Mycobacterium Tuberculosis*).

Kuman tersebut biasanya masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara (pernapasan) ke dalam paru-paru. Kemudian kuman tersebut menyebar



dari paru-paru ke organ tubuh yang lain melalui peredaran darah, yaitu : kelenjar limfe, saluran pernapasan atau penyebaran langsung ke organ tubuh lain.

b. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala dapat dikenalkan sebagai berikut :

- Batuk berdahak selama 3 minggu atau lebih
- Pernah mengeluarkan dahak bercampur darah
- Rasa nyeri pada dada dan sesak nafas
- Demam lebih dari sebulan
- Nafsu makan kurang
- Berat badan menurun

c. Faktor Penyebab

Penyakit Tuberkulosis disebabkan oleh kuman Tuberkulosis. Kuman tersebut biasanya masuk kedalam tubuh manusia melalui udara (pernapasan) ke dalam paru-paru. Kuman ini akan berkembang biak, jumlahnya bertambah banyak sehingga dapat menimbulkan infeksi sehingga terjadi Tuberkulosis. Terjadinya tuberkulosis ini sangat ditentukan oleh keadaan atau daya tahan tubuh penderita, kuman penyebab dan faktor lingkungan.

d. Akibat Lanjutan

Tuberkulosis paru bila tidak diobati secara teratur maka dapat memberikan akibat sebagai berikut :

- Batuk darah (haemoptysis)
- Kerusakan jaringan paru-paru

- Kebocoran pada paru-paru secara spontan
- Mengganggu (insufisiensi) kerjanya jantung
- Dapat menyebabkan kematian

## 2. Tindakan Yang Harus Dilakukan Sehubungan dengan Penyakit Tuberkulosis Paru.

### a. Pencegahan penularan

Tindakan pencegahan penularan yang dapat dilakukan oleh keluarga / pasien tuberkulosis paru adalah :

- Menutup mulut bila batuk
- Membuang ludah / dahak pada wadah yang telah disediakan misalnya kaleng yang telah diisi dengan cairan Lysol / pasir.
- Memeriksa anggota keluarga lainnya apakah juga terkena penularan Tuberkulosis.
- Makan makanan bergizi
- Memperhatikan rumah terutama lantai dan ventilasi/jendela
- Memisahkan alat makan dan minum penderita
- Untuk bayi diberikan imunisasi BCG

### b. Perawatan Pasien Tuberkulosis Paru

Diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang menderita penyakit Tuberkulosis paru, yaitu :

- Mengawasi anggota keluarga yang sakit untuk menelan obat secara teratur sesuai dengan anjuran Dokter
- Mengetahui adanya gejala samping obat dan merujuk bila diperlukan

- Memberikan makanan yang bergizi
- Memberikan waktu istirahat kepada anggota keluarga yang sakit minimal 8 jam sehari
- Mengingatkan/membawa anggota keluarga yang sakit untuk pemeriksaan ulang dahak bulan ke 2,5 dan 6
- Memodifikasi lingkungan yang dapat menunjang kesembuhan penderita yang menderita tuberkulosis paru, antara lain mengupayakan rumah yang memenuhi persyaratan kesehatan misalnya punya jendela atau ventilasi yang cukup, bebas debu rumah, dan lantai yang tidak lembab.

c. Pengobatan

Penyakit tuberkulosis paru dapat disembuhkan dalam waktu lebih kurang 6 bulan, asalkan penderita makan obat secara teratur, sesuai anjuran Dokter.

## **B. Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy (DOTS)**

### **1. Pengertian**

DOTS adalah pengawasan langsung menelan obat jangka pendek setiap hari oleh Pengawas Menelan Obat (PMO). DOTS terdiri dari lima komponen yaitu : <sup>15)</sup>

- a. Komitmen politis dari para pengambil keputusan, termasuk dukungan dana.
- b. Diagnosis Tuberkulosis dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis

- c. Pengobatan dengan panduan obat anti Tuberkulosis (OAT) jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh pengawas menelan obat (PMO).
- d. Kesiambungan persediaan OAT jangka pendek untuk penderita.
- e. Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan tuberkulosis.

Penjelasan tentang istilah DOTS sebagai berikut :

- a. Directly, ialah secara langsung mengupayakan agar pengadaan sumber daya merupakan prioritas utama dalam menetapkan diagnosa penderita sampai sembuh pengobatannya.
  - b. Observed, ialah mengamati secara langsung penderita menelan obat setiap hari yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan atau volunteer (PPTI, PKK, Kader dan Keluarga penderita).
  - c. Treatment, ialah pengobatan menggunakan paduan obat jangka pendek dengan mengawasi perkembangan pada bulan 2, 5, 6 agar mereka benar-benar sembuh.
  - d. Shortcourse, ialah penggunaan kombinasi OAT yang benar sesuai tipe dan klasifikasi penyakitnya dan sesuai jangka waktu atau lamanya pengobatan.
- Penggunaan 4 macam obat dapat menekan angka resistensi.

## 2. Tujuan

Tujuan dilaksanakannya strategi DOTS adalah untuk mencapai angka kesembuhan yang tinggi, menurunkan angka kesakitan dan kematian oleh tuberkulosis paru, mencegah putus berobat, mengatasi efek samping obat dan mencegah resistensi terhadap OAT. Untuk mencapai tujuan tersebut dibuat suatu strategi yaitu :

- Tersedianya OAT yang sesuai penyakit
- Pemberian obat dengan PMO
- Dilakukan khusus untuk penderita BTA positif, baru kambuh dan gagal (drop out).

Target yang diharapkan dari tujuan tersebut adalah kesembuhan mencapai lebih dari 85 % dari jumlah penderita yang ditemukan dan dilakukan pengobatan penderita patuh berobat, tidak ada drop out, tidak terjadi resistensi.

### C. Pengawas Menelan Obat (PMO)

#### 1. Pengertian

Pengawas Menelan Obat adalah seseorang yang mengawasi penderita tuberkulosis paru selama pengobatan agar dapat dipastikan bahwa penderita tersebut menyelesaikan pengobatannya dengan lengkap dan teratur.<sup>16)</sup>

#### 2. Syarat PMO

Syarat untuk menjadi PMO adalah :

- Dipercaya penderita
- Dekat dengan rumah penderita dalam dasa wisma
- Bersedia melaksanakan tugas PMO
- Lebih mengutamakan amal dalam menolong kesembuhan penderita.

Sebelum menjadi PMO dilakukan pelatihan/penjelasan terhadap petugas kesehatan, kader, masyarakat, tokoh masyarakat, keluarga pasien yang dipercaya sebagai calon PMO dengan materi pelatihan sebagai berikut :

- Cara menelan obat setiap hari secara teratur sampai selesai pengobatan

- Cara pemberian OAT dan jenis OAT untuk kategori I,II dan III
- Cara-cara mengeluarkan dahak untuk pemeriksaan ulang
- Cara pengisian buku kader atau pencatatan dan pelaporan mengenai pelaksanaan PMO.

### 3. Tugas PMO

Tugas PMO terhadap penderita tuberkulosis paru adalah :

- Mengenal tanda-tanda tersangka tuberkulosis paru
- Mengawasi penderita menelan obat setiap hari
- Mengambilkan obat penderita seminggu sekali
- Mengingatkan penderita untuk pemeriksaan ulang dahak bulan 2, 5 dan 6 untuk kategori I dan II, bulan 3, 7 dan 8 untuk kategori III.
- Memberikan penyuluhan pada penderita dan keluarga
- Memberitahukan adanya suspek pada keluarga penderita
- Merujuk kalau ada efek samping obat

Penderita tuberkulosis paru harus diawasi oleh PMO karena :

- OAT mahal, jika tidak ditelan akan mengakibatkan pemborosan, penderita menjadi tidak sembuh serta dapat terjadi resistensi OAT.
- Jika tidak diawasi, tidak akan tahu apakah penderita menelan OAT atau tidak.
- Jika tidak menelan OAT satu kali, dengan segera diketahui, dilacak apa penyebabnya kemudian diatasi agar pengobatannya dapat dilanjutkan.

#### **D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku**

Ada beberapa macam teori tentang perilaku, antara lain perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan praktik atau tindakan.<sup>17)</sup> Perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek fisik, psikis dan sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti : pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik dan sosial budaya masyarakat.<sup>18)</sup>

Menurut Bloom dalam Notoatmodjo disebutkan bahwa perilaku seseorang terdiri dari tiga bagian penting, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Kognitif dapat diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap atau tanggapan dan psikomotor diukur melalui tindakan (praktik) yang dilakukan. Dalam proses pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan luar individu. Faktor dari dalam individu mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, sikap, emosi dan motivasi yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Faktor dari luar individu meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial, ekonomi, budaya dan sebagainya.<sup>18)</sup>

Perilaku seseorang yang terukur dari pengetahuan, sikap dan praktik dapat dijelaskan sebagai berikut :

##### **1. Pengetahuan**

Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai sumber, misalnya media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat dekat dan sebagainya.

Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut. Pengetahuan merupakan resultan dari akibat proses penginderaan terhadap suatu obyek. Penginderaan tersebut sebagian besar berasal dari penglihatan dan pendengaran. Pengukuran atau penilaian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuesioner berisi materi yang diukur dari responden.<sup>18)</sup>

## 2. Sikap

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup, tidak dapat dilihat secara langsung sehingga sikap hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang nampak.

Manusia tidak dilahirkan dengan sikap pandangan ataupun perasaan tertentu, tetapi sikap tadi dibentuk sepanjang perkembangannya. Adanya sikap akan menyebabkan manusia bertindak secara khas terhadap obyek-obyeknya. Dengan kata lain sikap merupakan produk dari proses sosialisasi, seseorang memberikan reaksi sesuai dengan rangsangan yang ditemuinya. Sikap dapat diartikan suatu kontrak untuk memungkinkan terlihatnya suatu aktivitas.<sup>19)</sup> Sikap seseorang adalah predisposisi (keadaan mudah terpengaruh) untuk memberikan tanggapan terhadap rangsangan lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut. Secara definitif sikap berarti suatu keadaan jiwa (mental) dan keadaan pikir yang dipersiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu obyek yang diorganisasi melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada perilaku.<sup>20)</sup>

## 3. Praktik



Praktik menurut *Theory of Reasoned Action*, dipengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak dipengaruhi oleh sikap dan norma subyektif. Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan akan hasil dari tindakan yang telah lalu.

Norma subyektif dipengaruhi oleh keyakinan akan pendapat orang lain serta motivasi untuk mentaati pendapat tersebut.<sup>21)</sup>

Praktik individu terhadap suatu obyek dipengaruhi oleh persepsi individu tentang kegawatan obyek, kerentanan, faktor sosiopsikologi, faktor sosiodemografi, pengaruh media massa, anjuran orang lain serta perhitungan untung rugi dari praktiknya tersebut.<sup>20,21)</sup> Praktik ini dibentuk oleh pengalaman interaksi individu dengan lingkungan, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikapnya terhadap suatu obyek.

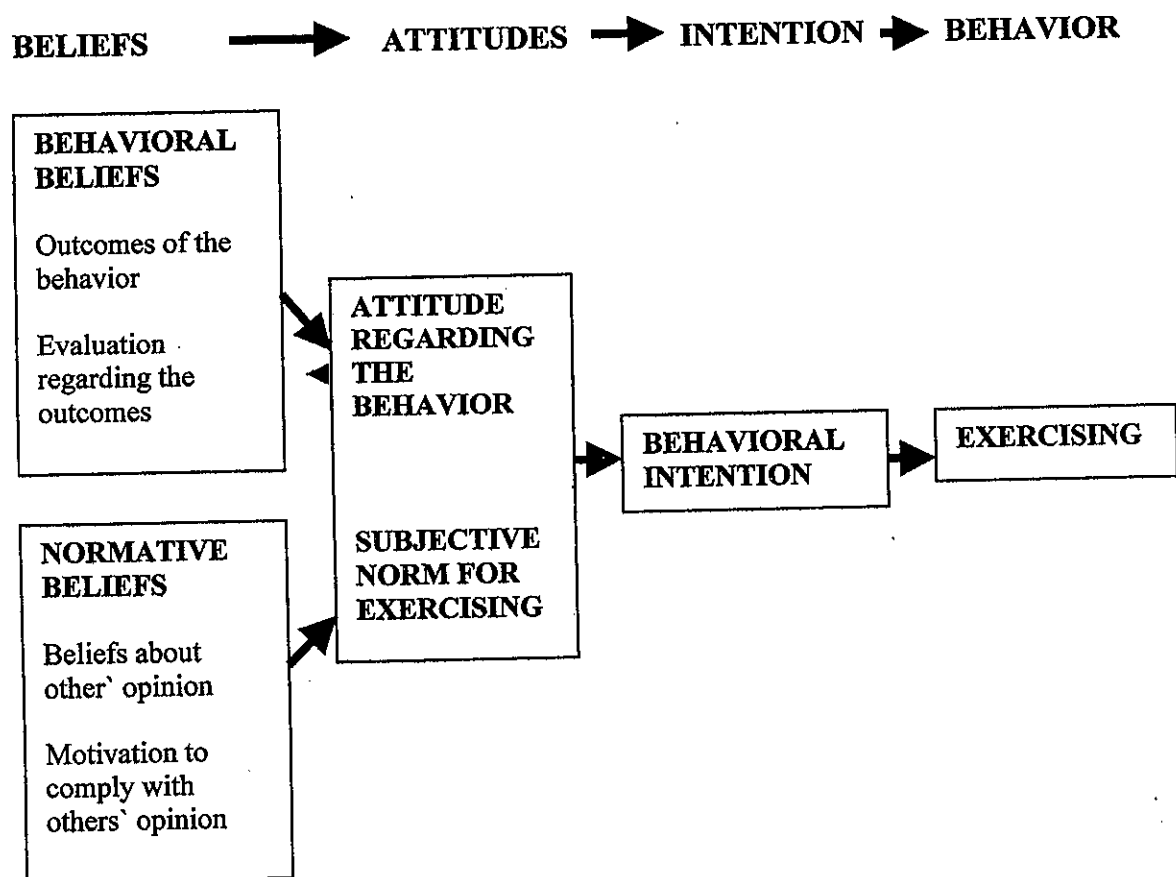
Pengaruh pengetahuan terhadap praktik dapat bersifat langsung maupun melalui perantara sikap. Sikap belum otomatis terwujud dalam bentuk praktik (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu yang nyata (praktik) diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan.<sup>18)</sup>

#### **E, Perubahan Perilaku Menurut Teori Fishbein dan Ajzen**

Keterkaitan konsep pengetahuan, sikap, niat dan perilaku dalam suatu kegiatan pada umumnya mempunyai anggapan bahwa adanya pengetahuan tentang manfaat suatu hal yang akan menyebabkan orang mempunyai sikap positif terhadap hal tersebut. Kemudian sikap positif ini akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam kegiatan yang berkaitan dengan hal tersebut. Niat untuk

ikut serta dalam kegiatan akan menjadi tindakan apabila mendapat dukungan sosial dan tersedianya fasilitas. Kegiatan yang dilakukan ini disebut perilaku.<sup>22)</sup>

Teori ini menghubungkan keyakinan (*beliefs*), sikap (*attitude*), niat/intensi (*intention*), dan perilaku (*behavior*). Intensi merupakan prediktor terbaik dari perilaku.<sup>21)</sup> Hubungan antara pengetahuan, sikap, niat dan perilaku menurut Fishbein dan Ajzen dapat digambarkan pada diagram dibawah ini.



**Bagan II-1: Theory of Reasoned Action (Fishbein & Ajzen)**  
Sumber: Sarafino (1990,hal 193)

*Theory of Reasoned Action* (TRA) dipergunakan secara luas untuk menguji atau memahami prediktor-prediktor perilaku sosial yang menghubungkan antara sikap dan perilaku. Teori ini mempunyai tujuan bahwa niat dapat dikonsep sebagai rencana tindakan menuju perilaku.<sup>21,23)</sup>

Teori Fishbein dan Ajzen bila diaplikasikan terhadap praktik PMO sebagai berikut :

Sebagai contoh keikutsertaan kader PMO dalam melaksanakan pengawasan pengobatan penderita tuberculosis paru, adanya pengetahuan terhadap manfaat menjadi PMO selama mengawasi pengobatan penderita tuberculosis paru akan menyebabkan orang mempunyai “sikap” yang positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap yang positif ini akan mempengaruhi “niat” untuk ikut serta dalam kegiatan yang berkaitan dengan pengawasan menelan obat.

Niat untuk ikut serta dalam suatu kegiatan PMO sangat tergantung pada seseorang mempunyai sikap positif atau tidak terhadap kegiatan pengawasan menelan obat. Adanya niat untuk melakukan suatu kegiatan akhirnya sangat menentukan apakah kegiatan akhirnya dilakukan. Kegiatan yang sudah dilakukan inilah yang disebut dengan perilaku.

Bila hubungan keempat konsep di atas diterapkan pada perilaku keikutsertaan kader PMO dalam pengawasan menelan obat penderita tuberculosis paru, maka proses seseorang untuk ikut serta atau tidak ikut serta dalam kegiatan pengawasan menelan obat adalah sebagai berikut : Pertama, orang harus tahu yang dinamakan pengawasan menelan obat dan kegunaannya bagi kesehatan penderita. Bila orang sudah mengetahui hal tersebut, selanjutnya harus ada pemikiran tentang segi positif dan negatif dari pengawasan menelan obat. Misalnya: penderita tuberculosis paru minum obat secara teratur selama 6 bulan akan cepat sembuh dari Tuberkulosis, selama kader PMO melaksanakan tugasnya dengan baik dan benar.

Pengetahuan tentang segi positif dari pengawasan menelan obat penderita tuberkulosis paru tersebut akan menentukan “sikap” orang terhadap pengawasan menelan obat. Secara teoritik apabila segi positif pengawasan menelan obat penderita tuberkulosis lebih banyak dari segi negatif maka sikap yang positiflah yang akan muncul. Sebaliknya apabila segi negatif dari pengawasan menelan obat lebih banyak dari segi positifnya, maka sikap yang negatiflah yang akan muncul. Apabila sikap positif terhadap pengawasan menelan obat telah tumbuh maka besar kemungkinan bahwa seseorang akan mempunyai “niat” untuk mengikuti kegiatan PMO.

Kebalikannya dapat terjadi. Apabila sikap negatif yang tumbuh maka akan kecil kemungkinan seseorang memiliki “niat” untuk ikut kegiatan PMO. Apakah niat ini selanjutnya akan menjadi kenyataan sangat tergantung pada beberapa faktor lain misalnya : apakah orang yang sudah berminat ikut kegiatan PMO betul-betul akan ikut melaksanakan pengawasan menelan obat penderita; akan ditentukan oleh tersedia atau tidak tersedianya pelayanan dari petugas kesehatan; juga mudah atau tidaknya mendapatkan pelayanan PMO. Apabila seseorang sudah memiliki niat yang besar untuk ikut kegiatan kader PMO, tetapi dia mengalami kesulitan untuk mendapatkan pelayanan PMO, maka besar kemungkinan “niat” untuk ikut ke pelayanan tersebut tidak terwujud dalam kenyataan.

#### **F. Perubahan Perilaku Kesehatan**

Perilaku kesehatan pada dasarnya merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan,

makanan dan lingkungan.<sup>16)</sup> Sedangkan perilaku seseorang terhadap sakit atau penyakit adalah cara manusia merespon baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsikan tentang suatu penyakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya) maupun secara aktif (praktik) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit tersebut.

Perilaku kesehatan di bidang kesehatan dipengaruhi oleh beberapa hal :<sup>24)</sup>

1. Latar belakang

Latar belakang seseorang yang meliputi norma-norma yang ada, kebiasaan, nilai budaya dan keadaan sosial ekonomi yang berlaku dalam masyarakat.

2. Kepercayaan

Dalam bidang kesehatan, perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh kepercayaan orang tersebut terhadap kesehatan. Kepercayaan yang dimaksud meliputi manfaat yang akan didapat, hambatan yang ada, kerugian dan kepercayaan bahwa seseorang dapat terserang penyakit.

3. Sarana

Tersedia atau tidaknya fasilitas kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat.

4. Cetusan

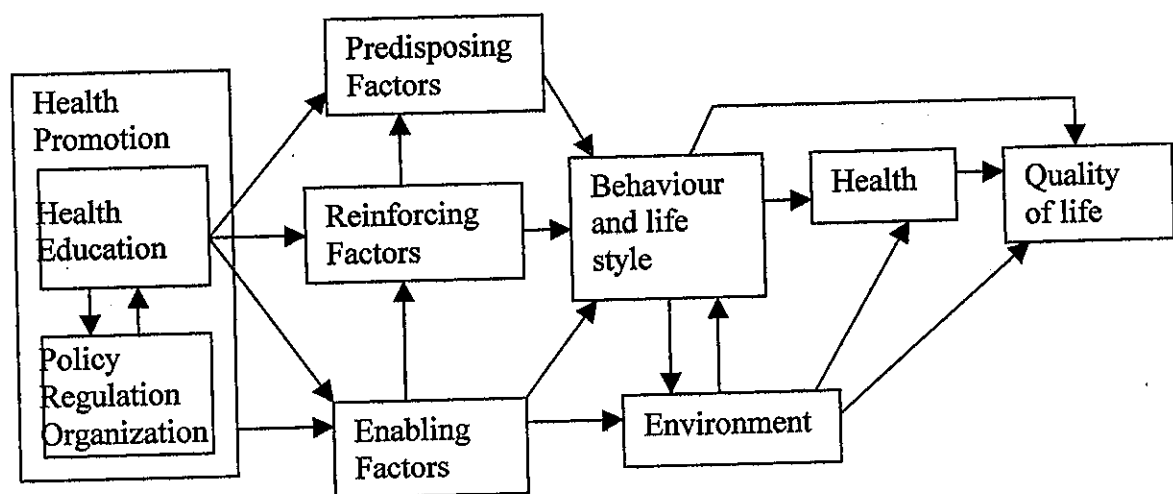
Seseorang yang mempunyai latar belakang pengetahuan yang baik dan bertempat tinggal dekat dengan sarana kesehatan, bisa saja belum pernah memanfaatkan sarana kesehatan tersebut. Suatu ketika orang tersebut terpaksa minta bantuan dokter karena mengalami batuk darah ketika sakit. Kejadian itu

dapat memperkuat perilaku orang tersebut untuk memanfaatkan sarana kesehatan yang sudah ada.

### G. Perubahan Perilaku Menurut Lawrence Green

Menurut *Precede Procede model* yang dikemukakan oleh Lawrence Green dinyatakan bahwa ada tiga faktor yang menentukan perubahan perilaku yaitu *Predisposing factor*, *reinforcing factor* dan *enabling factor*.

Secara umum dapat digambarkan sebagai berikut :



**Bagan II-2 :**Lawrence Green,1991 dalam buku "*Health promotion Planning an Educational and Environment Approach*"

Teori Green bila diaplikasikan terhadap perilaku PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru sebagai berikut:<sup>25)</sup>

- a. Faktor yang mempermudah (*predisposing factor*) yaitu faktor pencetus yang mempermudah terjadinya perilaku, terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, dan karakteristik demografi yang terdapat dalam diri individu atau kelompok.
- b. Faktor yang memungkinkan (*enabling factor*), yaitu faktor yang memungkinkan terjadinya perubahan perilaku individu, kelompok yang dikarenakan antara lain tersedianya fasilitas-fasilitas, sarana-sarana kesehatan.
- c. Faktor penguat (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau kelompok referensi dari perilaku masyarakat, seperti suami, orang tua, tokoh masyarakat.

#### **H. Aspek Perilaku dalam Pelayanan PMO Penderita Tuberkulosis Paru.**

Operasional perilaku (*behaviour*) yang dikaitkan dengan pelayanan PMO dapat dikelompokkan menjadi tiga jenis : <sup>16,18)</sup>

1. Perilaku dalam bentuk pengetahuan, yaitu pengetahuan situasi atau rangsangan dari luar. Dalam hal pelayanan PMO, perilaku dalam bentuk pengetahuan tersebut berbentuk pengetahuan tentang manfaat pelayanan PMO yang meliputi pengenalan tanda-tanda tersangka tuberkulosis paru, pengawasan menelan obat setiap hari, pengambilan obat penderita seminggu sekali, mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak bulan 2, 5 dan 6 untuk kategori I dan II, bulan 3, 7 dan 8 untuk kategori III, memberikan penyuluhan pada penderita dan keluarga, memberitahukan adanya suspek pada keluarga penderita serta merujuk kalau ada efek samping obat.

2. Perilaku dalam bentuk sikap, yaitu tanggapan atau rangsangan dari luar diri si subyek. Dalam hubungannya dengan pelayanan PMO, sikap dapat diungkapkan melalui pernyataan setuju atau tidak setuju terhadap semua pelayanan PMO, seberapa jauh keyakinan terhadap tugas-tugas PMO.
3. Perilaku dalam bentuk praktik yang sudah kongkrit, berupa perbuatan terhadap situasi atau rangsangan dari luar. Praktik tersebut terlihat dari kader PMO melakukan tugas-tugasnya sebagai pengawas menelan obat. Semua tugas PMO tersebut sangat tergantung pada kualitas pelayanan yang ada di masyarakat.

Selain itu terdapat beberapa hal yang berhubungan dengan perilaku seseorang dalam kaitannya dengan pelayanan PMO. *Pertama*, latar belakang (dapat berupa keadaan sosial budaya dan ekonomi) yang mempengaruhi tugas seorang PMO. *Kedua*, perilaku PMO yang dipengaruhi oleh kepercayaan tentang manfaat yang akan diperoleh apabila melaksanakan PMO pada penderita tuberkulosis. *Ketiga*, tersedianya sarana dan pelayanan Puskesmas, Posyandu yang akan membantu kader PMO untuk memeriksakan penderita tuberkulosis paru. *Keempat*, adanya cetusan penderita tuberkulosis paru apabila mengalami kesulitan dalam masa pengobatan, dengan demikian kader PMO tersebut sadar akan akibat fatal jika tidak melaksanakan tugasnya sebagai PMO.<sup>16, 24)</sup>

Menurut Fishbein dan Ajzen terdapat beberapa hal yang berhubungan dengan perilaku PMO dalam kaitannya dengan pelaksanaan kegiatan pengawasan penderita tuberkulosis paru. dalam menelan obatnya yaitu :<sup>14,21)</sup>

1. Keyakinan PMO terhadap pelaksanaan kegiatan pengawasan penderita tuberkulosis secara teratur dapat mencegah terjadinya putus berobat, resistensi



dan lain-lain. Dimana pelaksanaan kegiatan PMO tersebut dipengaruhi oleh sikap terhadap perilaku PMO terdiri dari karakteristik, pengetahuan, sikap, motivasi.

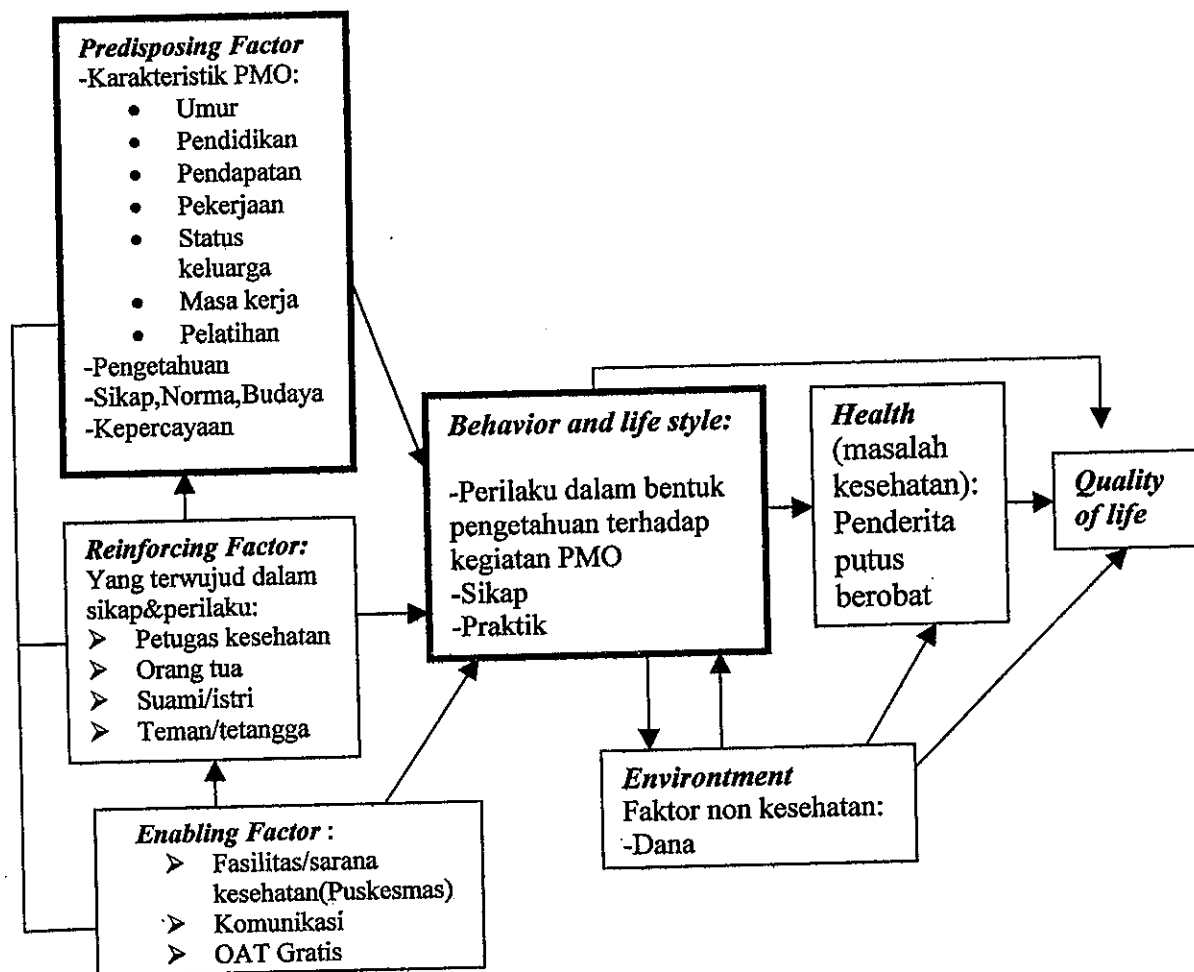
2. Keuntungan-keuntungan norma yaitu ketersediaan fasilitas anjuran/informasi, pelatihan tentang PMO.
3. Norma-norma subyektif yaitu petugas kesehatan (dokter,paramedis),orang tua,kader kesehatan.

Sedangkan menurut L.Green perilaku PMO terhadap pelaksanaan kegiatan pengawasan penderita tuberkulosis paru dalam menelan obat, ada tiga faktor yaitu :<sup>25)</sup>

1. Faktor Predisposing (sikap terhadap perilaku) yang meliputi karakteristik, pengetahuan, sikap yang mempengaruhi perilaku untuk melaksanakan kegiatan pengawasan penderita tuberkulosis dalam menelan obat sebagai pencegahan putus berobat dan resistensi. Karakteristik PMO yang terdiri dari umur, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, status keluarga, masa tugas dan pelatihan. Pengetahuan mengenai tugas PMO penderita tuberkulosis paru, serta sikap PMO terhadap pendampingan penderita tuberkulosis paru.
2. Faktor Enabling / pemungkin yaitu faktor yang memungkinkan untuk mendorong terjadinya perubahan perilaku meliputi tersedianya fasilitas/sarana (puskesmas), obat anti tuberkulosis gratis, komunikasi.
3. Faktor Reinforcing/ penguat, yaitu faktor yang memperkuat terjadinya perilaku dalam bertindak. Hal ini adalah dukungan dari petugas kesehatan, orang tua, suami/istri, dan teman/tetangga.

## I. Landasan Teori

Berdasarkan uraian dalam tinjauan pustaka, dapat dirangkum bahwa, faktor-faktor yang mempengaruhi praktik PMO penderita tuberkulosis paru dipengaruhi oleh berbagai variabel yang dapat digambarkan dengan menggunakan salah satu teori tersebut sebagai berikut :



**Bagan II-3 :** Kerangka Teori Modifikasi dari L.Green dan Fishbein & Ajzen  
Sumber: L.Green (1991) & FishbeinAjzen (Sarafino,1990)

Berdasarkan bagan tersebut diatas bahwa pengetahuan dan sikap menurut Green termasuk dalam faktor predisposing yang tidak menunjukkan panah hubungan antara pengetahuan dengan sikap, sedangkan menurut Fishbein Ajzen menyatakan

bahwa ada keterkaitan panah hubungan antara pengetahuan, sikap dengan perilaku (behavior) atau praktik. Jadi apabila kedua teori tersebut digabung menjadi satu menjadi bagan kerangka konsep.

## BAB III

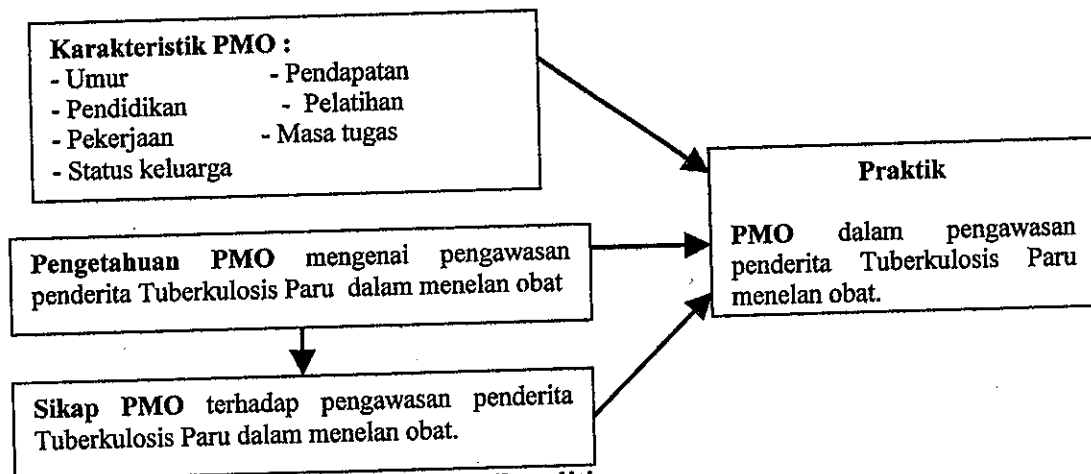
### METODE PENELITIAN

#### A. Kerangka Konsep Penelitian.

Dari kerangka teori, maka diambil suatu kerangka konsep penelitian. Mengingat keterbatasan waktu dan biaya maka hanya beberapa variabel dari kerangka teori tersebut yang dimasukkan ke dalam variabel penelitian yang menurut identifikasi awal dalam penelusuran penelitian berpengaruh terhadap praktik PMO penderita tuberkulosis paru, yaitu :

1. Karakteristik PMO yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, pelatihan, pendapatan, masa tugas, dan status keluarga.
2. Pengetahuan PMO mengenai pengawasan penderita Tuberkulosis paru dalam menelan obat.
3. Sikap PMO terhadap pengawasan penderita Tuberkulosis paru dalam menelan obat

Sehingga dapat digambarkan sebagai kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



**Bagan III-1 : Kerangka Konsep Penelitian**

Keterangan kerangka konsep :

- 1) Variabel bebas atau pengaruh adalah Karakteristik PMO yang meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status keluarga, pelatihan PMO, masa tugas PMO. Dan perilaku PMO yang meliputi pengetahuan mengenai pengawasan penderita tuberkulosis paru dalam menelan obat, serta sikap PMO terhadap pengawasan penderita tuberkulosis paru dalam menelan obat.
- 2) Variabel terikat atau terpengaruh adalah praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru menelan obat.

## **B. Hipotesis**

1. Ada hubungan antara umur PMO dengan praktik dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru menelan obat.
2. Ada hubungan antara pendidikan PMO dengan praktik dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru menelan obat.
3. Ada hubungan antara pekerjaan PMO dengan praktik dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru menelan obat.
4. Ada hubungan antara status keluarga PMO terhadap penderita tuberkulosis dengan praktik dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru menelan obat.
5. Ada hubungan antara pendapatan PMO dengan praktik dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru menelan obat.
6. Ada hubungan antara pelatihan PMO dengan praktik dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru menelan obat.
7. Ada hubungan antara masa tugas PMO dengan praktik dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru.

8. Ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap PMO terhadap pengawasan penderita tuberkulosis paru menelan obat.
9. Ada hubungan antara pengetahuan dengan praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru menelan obat.
10. Ada hubungan antara Sikap dengan Praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru menelan obat.
11. Ada pengaruh secara bersama-sama antara karakteristik ,Pengetahuan dan Sikap PMO terhadap praktik pengawasan penderita tuberkulosis paru dalam menelan obat.

### **C. Variabel Penelitian**

Berdasarkan kerangka konsep penelitian yang telah ditentukan maka variabel-variabel penelitiannya dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Variabel bebas :
  - a) Umur responden
  - b) Pendidikan responden
  - c) Pekerjaan responden
  - d) Pendapatan responden
  - e) Masa tugas PMO
  - f) Pelatihan PMO
  - g) Status keluarga PMO terhadap penderita
  - h) Pengetahuan PMO mengenai pengawasan penderita tuberkulosis paru dalam menelan obat.

- i) Sikap PMO terhadap pengawasan penderita tuberkulosis paru dalam menelan obat.

2. Variabel terikat :

Praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru menelan obat.

#### **D. Definisi Operasional Variabel.**

1. Pengawas Menelan Obat (PMO) merupakan bagian dari strategi DOTS yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan, kader, tokoh masyarakat, tetangga penderita atau keluarga penderita yang sudah dipilih oleh Puskesmas.
  - a. PMO aktif, yaitu PMO yang sedang menjalankan pengawasan terhadap penderita tuberkulosis paru dalam kurun waktu 6-8 bulan pada saat wawancara.
  - b. PMO pernah aktif, yaitu PMO yang telah selesai menjalankan tugasnya sebagai pengawas terhadap penderita tuberkulosis paru dalam kurun waktu tidak lebih dari 12 bulan, pada saat diwawancarai.
2. Umur yaitu: Tahun saat ini dikurangi tahun saat lahir pada waktu responden diwawancarai. Skala pengukuran Rasio.<sup>26)</sup> dengan kategori:
  0.  $\leq$  30 tahun
  1.  $>$  30 tahun
3. Pendidikan yaitu: jumlah tahun pendidikan formal yang diperoleh responden sampai saat diwawancarai. Cara pengukuran melalui wawancara dengan kuesioner. Skala Rasio.<sup>26)</sup> dengan kategori :
  0.  $<$  9 tahun
  1.  $\geq$  9 tahun

3. Pekerjaan yaitu: Aktivitas atau kegiatan yang dilakukan sehari-hari dapat menghasilkan uang untuk memenuhi kebutuhannya sehari-hari, hingga saat diwawancarai. Skala Nominal,<sup>26)</sup> dengan kategori:

0. Tidak bekerja

1. Bekerja

4. Pendapatan yaitu: jumlah nominal rupiah atau setara dengan rupiah yang diperoleh keluarga setiap bulan untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari berdasarkan Upah Minimal Kabupaten/Kota (UMK) tahun 2003 Propinsi Jawa Tengah yaitu Rp. 386.500,00 /bulan (BPS Propinsi Jateng 2002).<sup>27)</sup> Untuk analisis data digunakan skala Ordinal. Dengan kategori :

0.  $< \text{UMK}$

1.  $\geq \text{UMK}$

5. Masa tugas PMO adalah masa lamanya pengobatan tuberkulosis paru antara 6 bulan sampai 8 bulan dalam minum obat atau waktu partisipasi seseorang PMO yang dihitung pada waktu pertama kali terlibat sampai dilaksanakan wawancara dan dihitung dalam bulan. Skala Ordinal dengan kategori :

0. Masa tugas  $< 6$  bulan

1. Masa tugas  $\geq 6$  bulan

6. Pelatihan PMO adalah Pernah tidaknya seorang PMO mendapatkan pelatihan yang berhubungan dengan penyakit tuberkulosis paru. Skala Nominal dengan kategori :
0. Tidak Pernah, apabila sama sekali belum pernah mendapatkan pelatihan.

1. Pernah , jika pernah mendapatkan pelatihan.



7. Status keluarga yaitu: kedudukan seorang PMO dalam keluarga penderita Tuberkulosis Paru. Skala Nominal dengan kategori :

0. Bukan keluarga

1. Keluarga.

8. Pengetahuan PMO adalah pemahaman materi pelayanan PMO dihitung dengan angka yang didapatkan dari sejumlah pertanyaan tentang materi pelayanan PMO yang ada hubungannya dengan praktik PMO yaitu: mengenal tanda-tanda tersangka tuberkulosis paru, mengawasi penderita menelan obat setiap hari, mengambilkan obat penderita seminggu sekali, mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak bulan 2, 5 dan 6 untuk kategori I dan II, bulan 3, 7 dan 8 untuk kategori III, memberikan penyuluhan pada penderita dan keluarga, memberitahukan adanya suspek pada keluarga penderita, merujuk penderita kalau ada efek samping obat.<sup>16, 26)</sup>

Bentuk jawaban responden melalui kriteria sebagai berikut : Benar dan Salah. Untuk pertanyaan positif jawaban benar skor 1, dan salah skor 0. Sedangkan untuk pertanyaan negatif jawaban benar skor 0, salah skor 1.

Kategori pengelompokan dengan menggunakan rumus  $x - SD$ , yaitu  $15,46 - 1,81 = 13,65$ , dibulatkan menjadi 14, maka diperoleh:

a. Baik, bila skor  $\geq 14$

b. Kurang, bila skor  $< 14$

9. Sikap PMO adalah tanggapan / respon responden terhadap pelayanan PMO.

Bentuk jawaban responden melalui kriteria sebagai berikut : Setuju, Ragu-ragu dan Tidak Setuju.<sup>27)</sup> Untuk pertanyaan positif jawaban setuju skor 3, ragu-ragu skor 2 dan tidak setuju skornya 1. Sedangkan untuk pertanyaan

negatif jawaban setuju skor 1, ragu-ragu skor 2 dan tidak setuju skornya 3.

Kategori pengelompokan dengan menggunakan rumus  $x - SD$ , yaitu  $46 - 1,79 = 44,21$  dibulatkan menjadi 44, maka diperoleh :

a. Baik, dengan skor  $\geq 44$

b. Kurang dengan skor  $< 44$

10. Praktik adalah tindakan yang dilakukan / tidak dilakukan oleh responden dalam pelayanan PMO. Skala : Ordinal, Kategori pengelompokan dengan menggunakan rumus  $x - SD$ , yaitu  $16,29 - 3,41 = 12,88$  dibulatkan menjadi 13, maka diperoleh :

a. Baik, dengan skor  $\geq 13$

b. Kurang dengan skor  $< 13$

#### E. Jenis Penelitian

Penelitian adalah eksplanatori (penjelasan) dengan menggunakan rancangan *Cross sectional* yaitu subyek hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap variabel pada saat penelitian.<sup>28)</sup> Teknik analisis data menggunakan analisis kuantitatif dan kualitatif.

Penelitian eksplanatori (penjelasan) bertujuan untuk menjelaskan hubungan antara variabel-variabel melalui pengujian hipotesa.<sup>29)</sup>

Analisis kuantitatif digunakan untuk melihat ada tidaknya hubungan antara karakteristik PMO, Pengetahuan PMO, dan sikap PMO dengan praktik PMO dalam pengawasan penderita uberkulosis paru.

Analisis kualitatif digunakan untuk mendukung hasil analisis kuantitatif yaitu untuk mengetahui alasan atau latar belakang responden bersikap tertentu selama menjadi seorang PMO penderita tuberkulosis paru, yang menyangkut

sikap positif atau negatif terhadap pendampingan penderita tuberkulosis paru. Selain itu pula dengan metode kualitatif akan digali informasi alasan responden mengikuti kegiatan PMO secara aktif maupun tidak aktif.

#### **F. Sumber data penelitian**

Data yang digunakan dalam analisis dan untuk menarik kesimpulan dalam penelitian ini adalah :

##### **1. Data primer**

Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara langsung kepada responden dengan menggunakan bantuan kuesioner yang telah dirancang dan sebelumnya telah diuji validitas dan reliabilitasnya.<sup>30)</sup>

Kuesioner meliputi :

- a) Karakteristik responden : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, masa tugas, pelatihan, status keluarga.
- b) Pengetahuan responden mengenai praktik PMO.
- c) Sikap responden terhadap kegiatan pendampingan minum obat.
- d) Praktik responden dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru.

##### **2. Data sekunder**

Data sekunder digunakan untuk melengkapi data primer, dan untuk keperluan pembahasan. Data sekunder berupa gambaran umum daerah kota Semarang, dan data khusus lainnya yang diperoleh dari profil kesehatan dari Dinas Kesehatan Kota Semarang dan laporan Program tuberkulosis paru di

Dinas Kesehatan Kota Semarang yang meliputi gambaran umum tentang penderita tuberkulosis paru, jumlah tersangka dan jumlah BTA positif.

## G. Populasi dan sampel

### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah para PMO dari penderita tuberkulosis paru dengan BTA positif yang masih aktif dan pernah aktif mulai tahun 2003 sampai dengan tahun 2004, diseluruh Kota Semarang, yaitu sebanyak 254 orang.

### 2. Sampel

Sampel diambil yang memenuhi ketentuan kriteria inklusi yaitu :

- a) PMO dari penderita tuberkulosis paru dengan BTA positif yang pernah aktif pada tahun 2003 dan masih aktif ditahun 2004.
- b) PMO penderita tuberkulosis paru dengan BTA positif yang sudah selesai pengobatan dan PMO yang masih aktif dalam pengawasan pengobatan penderita tuberkulosis paru, dalam jangka waktu tidak lebih dari 12 bulan pada saat responden diwawancarai.
- c) Dapat dilacak alamat rumahnya dan bersedia mengikuti penelitian.

Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus dari Vincent Gasperz sebagai berikut : <sup>31)</sup>

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{N \cdot G^2 + Z^2 \cdot P \cdot (1 - P)}$$

Keterangan :

N = Besar populasi (254)

$n$  = Besar sampel

$Z$  = Confidence Interval = 95%, sehingga  $Z$  tabel = 1,96

$G$  = Galat Penduga = 0,1

$P$  = Dugaan nilai proporsi sebesar 50% (0,50).

Dengan jumlah populasi 254 orang, maka jumlah sampel berdasarkan rumus tersebut adalah sebesar 69,69 orang, dibulatkan 70 orang. Dari hasil perhitungan diatas diperlukan 70 orang responden/sampel, sampel diambil menggunakan metode sampel acak sederhana. (*simple random sampling*), dengan cara mengundi setiap anggota populasi atau teknik undian, dimana masing-masing anggota populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk menjadi sampel.<sup>32)</sup>

Dengan 5 (lima) orang tenaga pewawancara dan masing-masing mewawancarai lebih kurang 3 (tiga) responden tiap hari. Pencarian data dilaksanakan mulai tanggal 6 September 2004 sampai dengan tanggal 11 September 2004.

#### **H. Bahan atau Alat Penelitian**

Bahan atau alat yang diperlukan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner yang berisi pertanyaan yang berhubungan dengan variabel penelitian yang harus dijawab oleh responden. Pedoman wawancara mendalam untuk pewawancara dengan alat tape recorder untuk merekam jawaban responden.

## I. Pengolahan Data

Data yang dikumpulkan kemudian dilakukan pengolahan data dengan menggunakan *SPSS. 10*. Adapun tahap-tahap pengolahan data adalah sebagai berikut:<sup>32)</sup>

- 1) Editing, yaitu langkah yang dilakukan untuk memeriksa kelengkapan, konsistensi maupun kesalahan jawaban pada kuesioner.
- 2) Koding, dilakukan untuk memudahkan dalam proses pengolahan data.
- 3) Tabulasi, merupakan lanjutan langkah koding untuk mengelompokkan data kedalam suatu data tertentu menurut sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.
- 4) Penyajian data, dilakukan dengan menggunakan tabel dan narasi.

## J. Analisa Data

Data diolah dan dianalisis dengan bantuan *Statistical product and servise Solution 10 ( SPSS.10 )* berupa tabulasi data dan untuk mengetahui perubahan variabel bebas terhadap variabel terikat dalam pernyataan hipotesis . Analisis yang digunakan adalah analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat : <sup>33)</sup>

### 1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memberikan gambaran secara umum terhadap variabel karakteristik responden berupa umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status keluarga, masa kerja dan pelatihan analisa data responden menggunakan analisis persentase, sehingga penyajiannya dalam bentuk tabel dan distribusi frekwensi.

## 2. Analisis Bivariat.

### a. Tabulasi silang

Tabulasi silang (*crosstab*) pada prinsipnya untuk menyajikan data dalam bentuk tabel yang meliputi baris dan kolom. Analisis ini dilakukan untuk melihat pola atau kecenderungan hubungan dua variabel yang diteliti dan dibuat dalam bentuk tabel distribusi dari variabel penelitian yang dikelompokkan sesuai dengan pengelompokan skor.<sup>32)</sup>

### b. Uji Hipotesis

Analisis ini dilakukan dengan analisis statistik uji *korelasi Chi Square*. Tujuan analisis ini adalah untuk mengetahui ada hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat. Bagaimana arah hubungannya dan seberapa besar hubungan tersebut.<sup>32)</sup>

Hipotesis penelitian:

$H_0$  : Tidak ada hubungan (korelasi) antara dua variabel.

$H_a$  : Ada hubungan (korelasi) antara dua variabel.

Dasar pengambilan keputusan (berdasarkan tingkat kemaknaan)

\* Jika tingkat kemaknaan  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima.

\* Jika tingkat kemaknaan  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak.

Nilai koefisien korelasi berkisar antara 0 - 1, nilai 0 menunjukkan tidak ada hubungan, dan 1 menunjukkan hubungan yang sempurna. Nilai koefisien korelasi ini dapat dilihat sebagai berikut :<sup>30)</sup>

\* 0,00-0,199 : Sangat lemah

\* 0,20-0,399 : Lemah

\* 0,40-0,599 : Sedang

\* 0,60-0,799 : Kuat

\* 0,80-1,000 : Sangat kuat

Sebelum analisa data dilakukan, disiapkan lebih dulu kerangka tabel yang digunakan, untuk mempermudah analisa selanjutnya. Untuk melihat gambaran umum responden digunakan analisa Chi Square yang digunakan adalah :

$$X^2 = \frac{(f_o - f_h)^2}{f_h}$$

Keterangan :

$X^2$  : Nilai Chi Square

$F_o$  : Nilai hasil pengamatan untuk tiap kategori.

$F_h$  : Nilai hasil yang diharapkan untuk tiap kategori

Derajat kebebasan ( df ) dapat dihitung dengan rumus :

$$df = (k-1)(b-1)$$

Keterangan :

k = banyaknya kolom

b = banyaknya baris

p = 0,05

Sedangkan untuk frekuensi pada setiap sel yang berisi lima atau kurang digunakan koreksi Yates, sehingga rumus Chi Square adalah sebagai berikut :

$$X^2 = \frac{\{(f_o - f_h) - 0,5\}^2}{f_h}$$

Dengan diketahui df dan p,  $X^2$  dapat diperoleh :



- $H_0$  diterima apabila  $X^2$  hitung lebih kecil atau sama dengan  $X^2$  tabel pada df tertentu.
- $H_0$  ditolak apabila  $X^2$  hitung lebih besar dari  $X^2$  tabel pada df tertentu, dan yang signifikan belum tentu menunjukkan adanya hubungan sebab akibat.

### 3. Analisis Multivariat

Analisis Multivariat dilakukan untuk menganalisa hubungan variabel-variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat, serta untuk memprediksi variabel terikat apabila terjadi perubahan atas variabel bebas. Variabel yang mempunyai hubungan dari uji korelasi kemudian secara bersama-sama diuji dengan analisis Regresi Logistik. Digunakan untuk melihat ada tidaknya pengaruh yang ada diantara dua variabel atau lebih terhadap variabel terikat.<sup>30,32)</sup>

Perhitungan Regresi Logistik adalah sebagai berikut :

1

$$P(x) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1(\text{karakteristik}) + \beta_2(\text{pengetahuan}) + \beta_3(\text{sikap}))}}$$

Dengan keterangan bahwa  $P(x)$  probabilitas atau seberapa besar pengaruh yang diberikan untuk terjadinya praktik PMO penderita tuberkulosis paru di Kota Semarang dengan kategori baik .

Pengambilan keputusan ada tidaknya pengaruh dengan nilai probabilitas yaitu :

- 1) Jika probabilitas  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima artinya tidak ada pengaruh antara variabel bebas terhadap variabel terikat.

- 2) Jika probabilitas  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak artinya ada pengaruh antara variabel bebas terhadap terikat.

## K. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji coba dilaksanakan sebelum penelitian dilakukan. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan untuk melihat alat ukur dapat dipercaya dan dapat diandalkan untuk digunakan sebagai alat pengumpul data.<sup>31)</sup>

### 1. Uji Validitas

Uji ini dilakukan untuk mengetahui ketepatan dan kecermatan suatu alat dalam melakukan fungsi ukurnya. Suatu tes atau instrumen memiliki validitas tinggi apabila alat tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukurnya sesuai dengan maksud dilakukan tes tersebut. Valid tidaknya suatu alat ukur untuk mencapai tujuan pengukuran yang dikehendaki dengan tepat. Suatu alat ukur yang valid tidak sekedar mampu mengungkapkan data dengan tepat tetapi juga memberikan gambaran yang cermat mengenai data tersebut.<sup>27)</sup>

Uji validitas kuesioner dilakukan terhadap 30 responden yang dilakukan diluar daerah penelitian yang mempunyai spesifitas yang hampir sama. Dalam uji validitas, setiap item pertanyaan dilakukan uji terhadap total skor seluruh pertanyaan tersebut dengan menggunakan uji *Pearson Product Moment*. Apabila hasil dari uji tersebut untuk setiap item pertanyaan ternyata signifikan ( $p \text{ value} < 5 \%$ ), maka item pertanyaan tersebut sudah valid dan bisa digunakan, tetapi apabila tidak signifikan ( $p \text{ value} > 5 \%$ ), maka item pertanyaan tersebut tidak valid dan harus dihilangkan dari kuesioner.

Hasil uji validitas terhadap kuesiner setiap variabel adalah sebagai berikut:

- a. 24 item pertanyaan pengetahuan, 6 item pertanyaan dihilangkan.
- b. 22 item pertanyaan sikap, 6 item pertanyaan dihilangkan.
- c. 35 item pertanyaan praktik, 7 item pertanyaan dihilangkan.

## 2. Uji Reliabilitas

Pengukuran reliabilitas berarti mengukur hasil suatu pengukuran dapat dipercaya. Hasil pengukuran dapat dipercaya apabila dalam beberapa kali pelaksanaan pengukuran terhadap kelompok subyek yang sama diperoleh hasil yang relatif sama, selama aspek yang diukur dalam diri subyek belum berubah. Reliabilitas alat ukur disini sangat berkaitan dengan *error of measurement*.

Dalam uji reliabilitas, item-item pertanyaan yang sudah valid diuji reliabilitasnya dengan koefisien alpha. Apabila Alpha yang diperoleh dari uji reliabilitas ini lebih besar dari r tabel ( 0,239 ) ,maka item-item penelitian tersebut reliabel.

Dari uji reliabilitas diperoleh angka untuk pengetahuan sebesar 0,5940, sikap 0,7603, dan praktik sebesar 0,2769.

## L. Kesulitan Penelitian

- 1) Sebagian responden harus mengingat-ingat kembali pengalaman selama menjadi PMO, sehingga memungkinkan terjadinya *recall biased*.
- 2) .Kesulitan untuk mencapai di beberapa daerah secara geografi sulit dilacak , responden harus dilacak ke alamat rumah masing-masing, yang terkadang perlu membuat perjanjian sehingga membutuhkan waktu lebih banyak.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### A. Gambaran Umum

Kota Semarang terletak antara garis  $6^{\circ}50'$  -  $7^{\circ}10'$  Lintang Selatan dan garis  $109^{\circ}35'$  -  $110^{\circ}50'$  Bujur Timur. Dibatasi sebelah Barat dengan Kabupaten Kendal, sebelah Timur dengan Kabupaten Demak, sebelah Selatan dengan Kabupaten Semarang, sebelah Utara dibatasi oleh Laut Jawa dengan panjang garis pantai meliputi 13,6 Km. Ketinggian Kota Semarang terletak antara 0,75 sampai dengan 348,00 di atas garis pantai.<sup>5)</sup>

Secara administratif, Kota Semarang terbagi atas 16 wilayah Kecamatan, dan 177 Kelurahan. Luas wilayah Kota Semarang tercatat  $373,70 \text{ Km}^2$ . Luas yang ada, terdiri dari  $37,78 \text{ Km}^2$  (10,11%) tanah sawah, dan 33,59 (89,89%) bukan lahan sawah.<sup>5)</sup>

Keadaan iklim di Kota Semarang pada tahun 2003, menurut Badan Meteorologi dan Geofisika Balai Wilayah II Stasiun Klimatologi Semarang, suhu udara rata-rata :  $27,3^{\circ}$ . Kelembaban udara rata-rata 78%. Letak Kota Semarang hampir berada di tengah bentangan panjang Kepulauan Indonesia dari arah Barat ke Timur. Akibat posisi letak geografi tersebut, Kota Semarang termasuk beriklim tropis dengan 2 (dua) musim, yaitu musim hujan dan musim kemarau yang silih berganti sepanjang tahun.<sup>5)</sup>

Komposisi penduduk menurut jenis kelamin. Dari 1.350.005 penduduk Kota Semarang pada tahun 2003 terdiri dari 671.032 jiwa penduduk laki-laki dan 678.973 jiwa penduduk perempuan. Indikator dari variabel jenis kelamin adalah rasio jenis

kelamin yang merupakan angka perbandingan antara penduduk laki-laki dan perempuan. Rasio jenis kelamin pada tahun 2003 di Kota Semarang adalah 988 yang berarti setiap 1.000 penduduk perempuan terdapat 988 penduduk laki-laki.<sup>5)</sup>

Pendidikan merupakan salah satu aspek penting dalam kehidupan masyarakat yang berperan meningkatkan kualitas hidup. Semakin tinggi pendidikan suatu masyarakat, semakin baik kualitas sumber dayanya.

Sebagai gambaran tingkat pendidikan penduduk Kota Semarang pada tahun 2003 adalah sebagai berikut:

**Tabel 4.1**  
**Persentase Tingkat Pendidikan di Kota Semarang**  
**Tahun 2003**

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
1.	Buta Huruf	67.500	5
2.	Tidak / belum tamat SD	270.001	20
3.	SD	337.501	25
4.	SLTP	256.501	19
5.	SLTA	310.501	23
6.	AKADEMI/PERGURUAN TINGGI	108.001	8
	<b>Jumlah :</b>	<b>1.350.005</b>	<b>100</b>

*Sumber data : BPS Kota Semarang*

Persentase jenis mata pencaharian penduduk Kota Semarang pada tahun 2003, adalah sebagai berikut :

**Tabel 4.2**  
**Persentase Jenis Mata Pencaharian Penduduk**  
**Kota Semarang Tahun 2003**

No	Jenis Mata Pencaharian	Jumlah	(%)
1.	Petani sendiri	39.825	2.95
2.	Buruh tani	41.445	3.07
3.	Buruh Industri	322.111	23.86
4.	Buruh bangunan	185.760	13.76
5.	Nelayan	3.375	0.25
6.	Pengusaha	31.185	2.31
7.	Pedagang	122.040	9.04
8.	Angkutan	48.870	3.62
9.	PNS/TNI/POLRI	151.741	11.24
10.	Lain-lain	403.516	29.89
	<b>JUMLAH :</b>	<b>1.350.005</b>	<b>100</b>

*Sumber data : BPS Kota Semarang*

Sarana kesehatan di Kota Semarang cukup memadai karena jumlah rumah sakit umum 13 buah dari tipe D sampai tipe B, 2 rumah sakit khusus, 37 Puskesmas dan 34 Puskesmas Pembantu. Di samping itu banyaknya tempat-tempat praktik dokter umum dan dokter spesialis yang tersebar di Kota Semarang.

Lokasi penelitian terletak di wilayah kerja 20 Puskesmas Kota Semarang yaitu: Puskesmas Kedung mundu, Puskesmas Karang Ayu, Puskesmas Mijen, Puskesmas Lebdosari, Puskesmas Krobokan, Puskesmas Manyaran, Puskesmas Halmahera, Puskesmas Poncol, Puskesmas Mangkang, Puskesmas Purwoyoso, Puskesmas Gunungpati, Puskesmas Ngemplaksimongan, Puskesmas Tambak aji, Puskesmas Ngesrep, Puskesmas Banget ayu, Puskesmas Srandol, Puskesmas Genuk, Puskesmas Gayamsari, Puskesmas Bandarharjo, dan Puskesmas Tlogosari wetan.

## **B. Hasil Penelitian.**

### **1. Gambaran Responden**

#### **1) Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur**

Berdasarkan golongan umur menunjukkan bahwa rata-rata umur dari 70 responden adalah 36.10 tahun dengan kisaran minimum 16 tahun dan maximum 51. tahun.

**Tabel 4.3.**  
**Distribusi Frekuensi Umur Responden**

Umur	f	%
≤ 30 tahun	17	24.3
> 30 tahun	53	75.7
Jumlah	70	100.0

Hasil tabulasi data menurut distribusi umur responden sebagian besar berumur lebih dari 30 tahun (75.7%), dan 24.3% berumur kurang dari atau sama dengan 30 tahun.

## 2) Distribusi Responden menurut Pendidikan

Hasil tabulasi data mengenai distribusi menurut pendidikan responden menunjukkan sebanyak 54 responden (77,1%) menempuh pendidikan  $\geq 9$  tahun dan sebanyak 16 responden (22,9%) menempuh pendidikan  $< 9$  tahun. Rata-rata lama pendidikan dari 70 responden adalah 10,06 tahun dengan kisaran antara 5 – 15 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah menempuh pendidikan dasar yang telah menjadi program pemerintah mengenai wajib belajar 9 tahun.

**Tabel 4.4.**

**Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden**

Pendidikan	f	%
< 9 tahun	16	22.9
$\geq 9$ tahun	54	77.1
Jumlah	70	100.0

## 3) Distribusi Responden menurut Pekerjaan

Pada penelitian ini status pekerjaan responden dibedakan antara responden yang bekerja dan responden yang tidak bekerja. Adapun yang dimaksud dengan responden yang bekerja adalah aktivitas responden di luar rumah untuk mendapatkan pendapatan dalam rangka mencukupi kebutuhan keluarga.

Adapun jenis pekerjaan responden antara lain :Pegawai negeri 8 orang (16%),Pegawai Swasta 6 orang (12%),Pedagang18 orang(36%),Buruh 16 orang( 32%),Lainnya 2 orang ( 4%).Dari hasil tabulasi data menunjukkan 51 responden (72,9%) bekerja, sedangkan 19 responden (27,1%) diketahui tidak bekerja.

**Tabel 4.5.**  
**Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden**

Pekerjaan	f	%
Tidak bekerja	19	27.1
Bekerja	51	72.9
Jumlah	70	100.0

#### 4) Distribusi Responden menurut Pendapatan

Berdasarkan jumlah pendapatan, responden dengan jumlah pendapatan terbanyak yaitu  $\geq$  UMK 53 responden (75.7%), dan pendapatan yang kurang dari UMK sebanyak 17 responden (24.3%).

Rata-rata pendapatan dari 70 responden adalah sebesar Rp 609.642,- dengan kisaran minimum Rp. 200.000,- dan kisaran maximum Rp. 1500.000,-

**Tabel 4.6.**  
**Distribusi Frekuensi Pendapatan**

Pendapatan	f	%
< UMK	17	24.3
$\geq$ UMK	53	75.7
Jumlah	70	100.0

#### 5) Distribusi Responden menurut Masa Tugas PMO

Hasil tabulasi data menunjukkan 48 responden (68,6%) mempunyai masa tugas PMO  $\geq$  6 bulan dan 22 responden (31,4%) diketahui mempunyai masa tugas PMO < 6 bulan. Rata-rata masa tugas PMO dari 70 responden adalah 5,30 bulan dengan kisaran minimum 1 bulan dan kisaran maximum 12 bulan.

**Tabel 4.7.**  
**Distribusi Frekuensi Masa Tugas PMO**

Masa Tugas PMO	f	%
< 6 bulan	22	31.4
$\geq$ 6 bulan	48	68.6
Jumlah	70	100.0



#### 6) Distribusi Responden menurut Pelatihan PMO

Hasil tabulasi data menunjukkan 62 responden (88,6%) tidak pernah mendapatkan pelatihan PMO dan hanya 8 responden (11,4%) pernah mendapatkan pelatihan PMO.

**Tabel 4.8.**  
**Distribusi Frekuensi Pelatihan PMO**

Pelatihan PMO	f	%
Tidak pernah	62	88.6
Pernah	8	11.4
Jumlah	70	100.0

#### 7) Distribusi Responden menurut Status Keluarga PMO terhadap Penderita

Hasil tabulasi data menunjukkan 62 responden (88,6%) berstatus keluarga terhadap penderita dan hanya 8 responden (11,4%) yang bukan berstatus keluarga terhadap penderita. Adapun status bukan keluarga responden antara lain :Petugas kesehatan 8 orang (100%). Dan status sebagai keluarga responden antara lain :Ayah 4orang ( 6,5%), ibu 8 orang (12.9%), anak 10 orang (16.1%), suami 14 orang (22.6%), isteri 23 orang (37.7%), dan lainnya 3 orang (4.8%)

**Tabel 4.9.**  
**Distribusi Frekuensi Status Keluarga PMO**  
**terhadap Penderita**

Status Keluarga PMO terhadap Penderita	f	%
Bukan keluarga	8	11.4
Keluarga	62	88.6
Jumlah	70	100.0

### 8) Distribusi Responden menurut Pengetahuan PMO

**Tabel 4.10**  
**Distribusi Frekuensi Hasil Jawaban Pengetahuan Responden**

No	Pertanyaan	Benar	Salah	Jumlah
1	Bila saudara menjumpai orang dengan batuk berdahak > 3 minggu, perlu dicurigai menderita TB Paru.	66 (94.3 %)	4 (5.7 %)	70 (100 %)
2	Seorang tersangka TB Paru kadang disertai dengan batuk campur darah.	67 (95.7 %)	3 (4.3 %)	70 (100 %)
3	Penyakit tuberkulosis disebabkan oleh kuman.	61 (87.1 %)	9 (12.9 %)	70 (100 %)
4	Bila ada anggota keluarga yang mempunyai gejala-gejala tersangka tuberkulosis, tidak perlu segera lakukan pemeriksaan.	2 (2.9 %)	68 (97.1 %)	70 (100 %)
5	Pemeriksaan kontak diutamakan pada penderita BTA positif karena bukan merupakan sumber penularan.	23 (32.9 %)	47 (67.1 %)	70 (100 %)
6	Tanda tersangka TB Paru diantaranya berat badan bertambah.	6 (8.6 %)	64 (91.4 %)	70 (100 %)
7	Penyakit TB Paru bukan penyakit keturunan.	65 (92.9 %)	5 (7.1 %)	70 (100 %)
8	Cara memastikan bahwa obat TB telah diminum penderita dengan mengecek jumlah obat yang masih ada.	69 (98.6 %)	1 (1.4 %)	70 (100 %)
9	Penyakit tuberkulosis bukanlah penyakit yang menular.	8 (11.4 %)	62 (88.6 %)	70 (100 %)
10	Bila penderita dlm tahap intensif putus berobat selama 7 hari, sekarang mau berobat kembali, sisa pengobatannya tidak dapat diteruskan.	51 (72.9 %)	19 (27.1 %)	70 (100 %)
11	Upaya pencegahan penyakit TB Paru yaitu dengan Imunisasi BCG pada waktu bayi.	49 (70 %)	21 (30 %)	70 (100 %)
12	Penyakit TB Paru tidak bisa ditularkan melalui peralatan makan dan minum penderita TB Paru.	10 (14.3 %)	60 (85.7 %)	70 (100 %)
13	Memperbaiki kesehatan lingkungan pada daerah yang kumuh dan padat penduduknya bukan upaya untuk mencegah penyakit TB Paru.	10 (14.3 %)	60 (85.7 %)	70 (100 %)
14	Penyakit TB Paru walau tidak diobati dapat sembuh dengan sendirinya.	4 (5.7 %)	66 (94.3 %)	70 (100 %)
15	Seorang PMO tidak harus mengetahui cara-cara mengeluarkan dahak penderita TB Paru.	14 (20 %)	56 (80 %)	70 (100 %)
16	Pada fase awal pengobatan seorang penderita TB Paru harus minum obat setiap hari selama 2 bulan.	67 (95.7 %)	3 (4.3 %)	70 (100 %)
17	Penderita TB Paru minum obat 3 kali seminggu selama 4 bulan pada fase lanjutan.	66 (94.3 %)	4 (5.7 %)	70 (100 %)
18	Merujuk penderita dengan efek samping obat TB bukanlah tugas seorang PMO.	10 (14.3 %)	60 (85.7 %)	70 (100 %)

**Tabel 4.10.1**  
**Distribusi Frekuensi Pengetahuan PMO**

Pengetahuan	f	%
Baik	61	87.1
Kurang	9	12.9
Jumlah	70	100.0

Dalam penelitian ini pengetahuan responden dikategorikan menjadi dua kategori yaitu pengetahuan baik, dan pengetahuan kurang. Hasil tabulasi data menunjukkan 61 responden (87,1%) mempunyai pengetahuan baik, 9 responden (12,9%) mempunyai pengetahuan kurang tentang materi pelayanan PMO.

#### 9) Distribusi Responden menurut Sikap PMO

**Tabel 4.11**  
**Distribusi Frekuensi Sikap PMO**

Sikap	f	%
Baik	67	95.7
Kurang	3	4.3
Jumlah	70	100.0

Dalam penelitian ini sikap responden dikategorikan menjadi dua kategori yaitu sikap baik, dan sikap kurang. Hasil tabulasi data menunjukkan 67 responden (95,7%) mempunyai sikap baik, 3 responden (4,3%) mempunyai sikap kurang terhadap pelayanan PMO.

**Tabel 4.11.1.**  
**Distribusi Frekuensi Hasil Jawaban Sikap Responden Terhadap Kegiatan**  
**Pendampingan Minum Obat**

No	Pertanyaan	Setuju	Ragu	Tdk Setuju	Jumlah
1	Saya senang mendampingi penderita TB berobat, karena menolong mengurangi kemungkinan orang lain tertular.	66 (94,3 %)	-	4 (5,7 %)	70 (100 %)
2	Saya merasa seakan-akan pekerjaan saya sebagai pendamping sia-sia walaupun penderita patuh minum obatnya.	3 (4,3 %)	-	67 (95,7 %)	70 (100 %)
3	Walaupun sulit saya mau belajar tentang TB agar dapat mendampingi dengan baik.	68 (97,1 %)	-	2 (2,9 %)	70 (100 %)
4	Saya akan meluangkan waktu untuk mendampingi penderita konsultasi akibat efek samping obat yang diminumnya.	69 (98,6 %)	-	1 (1,4 %)	70 (100 %)
5	Saya akan menganjurkan pada keluarga penderita untuk memberikan makanan bergizi.	69 (98,6 %)	-	1 (1,4 %)	70 (100 %)
6	Saya merasa cemas karena takut tertular TB oleh penderita yang saya dampingi.	3 (4,3 %)	1 (1,4 %)	66 (94,3 %)	70 (100 %)
7	Saya tidak akan menginformasikan tentang TB paru pada penderita dan keluarganya supaya tidak takut.	8 (11,4 %)	1 (1,4 %)	61 (87,1 %)	70 (100 %)
8	Dengan mendampingi penderita dalam minum obat TB kesembuhan penderita belum tentu terjamin juga.	32 (45,7 %)	4 (5,7 %)	34 (48,6 %)	70 (100 %)
9	Saya tidak berniat untuk mendampingi penderita TB bila penderita sulit untuk minum obat.	12 (17,1 %)	-	58 (82,9 %)	70 (100 %)
10	Saya merasa perlu keluarga penderita untuk mendukung, agar merawat penderita TB dengan baik.	70 (100 %)	-	-	70 (100 %)
11	Sebagai PMO, saya lebih mengutamakan amal dalam mendampingi penderita untuk minum obat.	70 (100 %)	-	-	70 (100 %)
12	Apabila penderita TB sudah nampak sehat setelah minum obatnya selama 2 bulan, maka saya tak perlu mendampingi lagi.	2 (2,9 %)	-	68 (97,1 %)	70 (100 %)
13	Dengan tanpa imbalan yang saya peroleh sekarang ini saya merasa senang mendampingi penderita TB berobat ke Puskesmas.	70 (100 %)	-	-	70 (100 %)
14	Saya percaya penderita TB yang saya dampingi akan cepat sembuh bila mau minum obat secara teratur selama 2 bulan saja.	-	-	70 (100 %)	70 (100 %)
15	Saya akan menganjurkan kepada penderita agar menutup mulut dengan saputangan bila batuk/bersin dan tidak meludah di sembarang tempat.	70 (100 %)	-	-	70 (100 %)
16	Dengan senang hati saya membantu mengantar penderita untuk pemeriksaan ulang dahak seminggu sebelum akhir bulan ke 2 pengobatan.	70 (100 %)	-	-	70 (100 %)

## 10) Distribusi Responden menurut Praktik PMO

Tabel 4.12

### Distribusi Frekuensi Hasil Jawaban Praktik Responden

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Jumlah
1	Apakah anda yang memberitahukan cara mengeluarkan dahak penderita TB ?	47 (67,1 %)	23 (32,9 %)	70 (100 %)
	Bila "Ya", bagaimana caranya ?	21 (30 %)	49 (70 %)	70 (100 %)
	a. Penderita disuruh minum teh manis.	19 (27,1 %)	51 (72,9 %)	70 (100 %)
	b. Penderita disuruh minum obat Gliseril Guayakolat 200mg.	32 (45,7 %)	38 (54,3 %)	70 (100 %)
	c. Penderita disuruh batuk yang dalam	69 (98,6 %)	1 (1,4 %)	70 (100 %)
2	Apakah anda yang menganjurkan penderita TB Paru untuk mencegah penularan pada orang lain ?	17 (24,3 %)	53 (75,7 %)	70 (100 %)
	Bila "Ya", bagaimana cara menganjurkannya ?	65 (92,9 %)	5 (7,1 %)	70 (100 %)
	a. Imunisasi BCG pada bayi	18 (25,7 %)	52 (74,3 %)	70 (100 %)
	b. Menutup mulut saat batuk	60 (85,7 %)	10 (14,3 %)	70 (100 %)
	c. Meludah pada wadah yang disediakan dan diberi Lysol/pasir.	58 (82,9 %)	12 (17,1 %)	70 (100 %)
	d. Minum obat TB secara teratur setiap hari.	69 (98,6 %)	1 (1,4 %)	70 (100 %)
	e. Memisahkan alat-alat makan dan minum.	69 (98,6 %)	1 (1,4 %)	70 (100 %)
3	Apakah anda yang memberitahukan cara minum obat pada penderita TB Paru ?	69 (98,6 %)	1 (1,4 %)	70 (100 %)
	Bila "Ya", Bagaimana aturan minumnya ?	69 (98,6 %)	1 (1,4 %)	70 (100 %)
	a. Pada fase awal, obat diminum setiap hari selama 2 bulan.	67 (95,7 %)	3 (4,3 %)	70 (100 %)
	b. Pada fase lanjutan, obat diminum 3 kali seminggu selama 4 bulan.	70 (100 %)	-	70 (100 %)
4	Apakah anda yang memberikan penjelasan kepada penderita untuk minum obat secara teratur selama 6 bulan ?	61 (87,1 %)	9 (12,9 %)	70 (100 %)
5	Selama menjadi PMO apakah anda membantu mengantar penderita untuk pemeriksaan ulang dahak ?	57 (81,4 %)	13 (18,57 %)	70 (100 %)
	Bila "Ya", Kapan anda mengantarnya ?	35 (50 %)	35 (50 %)	70 (100 %)
	a. Seminggu sebelum akhir bulan ke 2 pengobatan.	43 (61,4 %)	27 (38,6 %)	70 (100 %)
	b. Seminggu sebelum akhir bulan ke 5 pengobatan	62 (88,6 %)	8 (11,4 %)	70 (100 %)
	c. Seminggu sebelum akhir bulan ke 6 pengobatan	26 (37,1 %)	44 (62,9 %)	70 (100 %)
6	Apakah anda yang mewakili penderita TB mengambil obat ?	1 (1,4 %)	69 (98,6 %)	70 (100 %)
7	Apakah anda pernah merujuk penderita dengan gejala efek samping obat TB ?	-	70 (100 %)	70 (100 %)
8	Apakah anda pernah mengalami kesulitan selama masa pengobatan penderita TB ?	70 (100 %)	-	70 (100 %)
	Bila "Ya", Apa yang menyebabkannya ?	67 (95,7 %)	3 (4,3 %)	70 (100 %)
	a. Penderita tak mau minum obat	43 (61,4 %)	27 (38,6 %)	70 (100 %)
	b. Tak ada biaya untuk transport ambil obat ke puskesmas	70 (100 %)	-	70 (100 %)
9	Apakah anda telah mengecek jumlah obat yang diminum penderita ?	70 (100 %)	-	70 (100 %)
	Bila "Ya", Bagaimana caranya memastikan bahwa obat TB tersebut telah diminum ?	67 (95,7 %)	3 (4,3 %)	70 (100 %)
	a. Menghitung jumlah sisa obat.	43 (61,4 %)	27 (38,6 %)	70 (100 %)
	b. Mendampingi penderita setiap kali minum obatnya.	70 (100 %)	-	70 (100 %)

**Tabel 4.12.1**  
**Distribusi Frekuensi Praktik PMO**

Praktik	f	%
Baik	63	90.0
Kurang	7	10.0
Jumlah	70	100.0

Dalam penelitian ini praktik responden dikategorikan menjadi dua kategori yaitu praktik baik, dan praktik kurang. Hasil tabulasi data menunjukkan 63 responden (90,0%) mempunyai praktik baik, dan hanya 7 responden (10,0%) diketahui mempunyai praktik kurang dalam pelayanan PMO.

## 2. Analisis Bivariat

**a. Hubungan antara umur responden dengan praktik PMO**

Untuk mengetahui hubungan antara umur dengan praktik PMO, dengan mengelompokkan umur responden. Maka didapatkan gambaran distribusi umur responden seperti tabel dibawah ini:

**Tabel 4. 13**  
**Hubungan Antara Umur Dengan Praktik PMO**

No	Umur (tahun)	Praktik PMO				Jumlah	
		Baik		Kurang		f	%
		f	%	f	%		
1	≤ 30	16	94.1	1	5.9	17	100
2	> 30	47	88.7	6	11.3	53	100
jumlah		63	90	7	10	70	100

$\chi^2 = 0.423$      $p = 1.000$      $H_o =$  diterima

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa responden terbesar yang berpraktik baik dalam pelayanan PMO adalah responden yang berumur  $\leq 30$  tahun (94.1%), dibandingkan dengan responden yang berumur  $> 30$  tahun (88.7%). Sedangkan pada responden terbesar yang berpraktik kurang adalah responden yang berumur  $> 30$  tahun (11.3%). Hasil uji analisis hubungan dengan uji Chi-Square diperoleh hasil bahwa p value sebesar 1.000 yang berarti  $p > 0,05$ . Oleh karena  $p > 0,05$  maka tidak ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan praktik PMO.

**b. Hubungan antara pendidikan responden dengan praktik PMO**

Untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan dengan praktik PMO dengan menggunakan lama pendidikan formal yang ditempuh responden, dilakukan dengan cara dibagi dua yaitu  $\geq 9$  tahun dan  $< 9$  tahun. Maka didapatkan gambaran distribusi pendidikan responden seperti pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4. 14**

**Hubungan Antara Pendidikan Dengan Praktik PMO**

No	Pendidikan (tahun)	Praktik PMO				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		f	%	f	%	f	%
1	< 9	14	87.5	2	12.5	16	100.0
2	≥ 9	49	90.7	5	9.3	54	100.0
Jumlah		63	90.0	7	10.0	70	100.0
X <sup>2</sup> =0.144   p = 0.655   Ho = diterima							

Proporsi terbesar responden yang berpraktik baik dalam pelayanan PMO adalah responden yang berpendidikan  $\geq 9$  tahun (90,7%). Dibandingkan

dengan proporsi responden yang berpendidikan  $< 9$  tahun (87,5%). Sementara proporsi terbesar responden yang berpraktik kurang adalah responden yang berpendidikan  $< 9$  tahun (12,5%). Dibandingkan dengan proporsi responden yang berpendidikan  $\geq 9$  tahun (9,3%). Berdasarkan hasil uji analisis hubungan Chi-Square diperoleh bahwa  $p\text{ value}=0,655$  ( $>0,05$ ). Oleh karena  $p>0,05$  maka tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan responden dengan praktik PMO .

**c. Hubungan antara pekerjaan responden dengan praktik PMO**

Untuk mengetahui hubungan antara pekerjaan dengan praktik PMO dibedakan antara responden yang bekerja dan tidak bekerja. Maka didapatkan gambaran distribusi pekerjaan seperti tabel dibawah ini;

**Tabel 4.15**

**Hubungan Antara Pekerjaan Dengan Praktik PMO**

No.	Pekerjaan	Praktik PMO				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		f	%	f	%	f	%
1.	Tidak Bekerja	18	94.7	1	5.3	19	100.0
2.	Bekerja	45	88.2	6	11.8	51	100.0
	Jumlah	63	90.0	7	10.0	70	100.0
X <sup>2</sup> =0.650    p = 0.665    Ho= diterima							

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa proporsi terbesar responden yang berpraktik baik dalam pelayanan PMO adalah responden yang tidak bekerja (94,7%). Dibandingkan dengan proporsi responden yang bekerja (88,2%). Sementara proporsi terbesar yang berpraktik kurang



adalah responden yang bekerja (11,8%). Dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja (5,3%). Berdasarkan hasil uji analisis hubungan Chi Square diperoleh bahwa p value sebesar 0,665 ( $p > 0,05$ ). Oleh karena  $p > 0,05$  maka membuktikan tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan responden dengan praktik PMO.

**d. Hubungan antara pendapatan responden dengan praktik PMO**

Hasil analisis statistik subyek penelitian sebesar 70 responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

**Tabel 4.16**  
**Hubungan Antara Pendapatan Dengan Praktik PMO**

No	Pendapatan	Praktik PMO				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		f	%	f	%	f	%
1.	< UMK	14	82.4	3	17.6	17	100
2.	$\geq$ UMK	49	92.5	4	7.5	53	100
Jumlah		63	90	7	10	70	100
$X^2 = 1.459$ $p = 0.349$ $H_o = \text{diterima}$							

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa proporsi terbesar responden yang berpraktik baik dalam pelayanan PMO adalah responden yang berpendapatan lebih dari atau sama dengan UMK (92.5%). Dibandingkan dengan responden yang berpendapatan kurang dari UMK.. Sementara proporsi terbesar responden yang berpraktik kurang adalah responden yang berpendapatan < UMK (17.6%), bila dibandingkan dengan responden yang berpendapatan  $\geq$  UMK (7.5%).

Berdasarkan hasil uji analisis hubungan dengan uji Chi-Square diperoleh bahwa p value sebesar 0,349 ( $>0,05$ ). Oleh karena  $p > 0,05$  maka membuktikan tidak ada hubungan yang signifikan antara pendapatan responden dengan praktik PMO.

**e. Hubungan antara masa tugas PMO dengan praktik PMO**

Hasil analisis statistik subyek penelitian sebesar 70 responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.17**

**Hubungan Antara Masa tugas dengan Praktik PMO**

No.	Masa Tugas (bulan)	Praktik PMO				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		f	%	f	%	f	%
1.	< 6	19	86.4	3	13.6	22	100.0
2.	≥ 6	44	91.7	4	8.3	48	100.0
	Jumlah	63	90.0	7	10.0	70	100.0
X <sup>2</sup> = 0.471   p = 0.670   Ho = diterima							

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa proporsi terbesar responden yang berpraktik baik dalam pelayanan PMO adalah responden yang memiliki masa tugas sebagai PMO  $\geq 6$  bulan (91,7%). Dibandingkan dengan proporsi responden yang memiliki masa tugas < 6 bulan (86,4%). Sementara proporsi terbesar responden yang berpraktik kurang adalah responden yang memiliki masa tugas < 6 bulan.(13.6%). Dibandingkan dengan proporsi responden yang memiliki masa tugas  $\geq 6$  bulan (8,3%). Berdasarkan hasil uji analisis hubungan dengan uji Chi-Square diperoleh bahwa p value sebesar 0,670 ( $p > 0,05$ ). Oleh karena  $p > 0,05$ , maka

membuktikan tidak ada hubungan yang signifikan antara masa tugas PMO dengan praktik PMO.

**f. Hubungan antara pelatihan PMO dengan praktik PMO**

Hasil analisis statistik subyek penelitian sebesar 70 responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.18**  
**Hubungan Antara Pelatihan PMO Dengan Praktik PMO**

No.	Pelatihan	Praktik PMO				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		f	%	f	%	f	%
1.	Tidak Pernah	55	88.7	7	11.3	62	100.0
2.	Pernah	8	100.0	0	0	8	100.0
	Jumlah	63	90.0	7	10.0	70	100.0
$X^2 = 1.004$ $p = 1.000$ $H_o = \text{diterima}$							

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa proporsi terbesar responden yang berpraktik baik dalam pelayanan PMO adalah responden yang pernah mengikuti pelatihan PMO.(100%). Dibandingkan dengan proporsi responden yang tidak pernah mengikuti pelatihan PMO (88,7%). Sementara proporsi terbesar responden yang berpraktik kurang adalah responden yang tidak pernah mengikuti pelatihan PMO (11,3%). Dibandingkan dengan proporsi responden yang pernah mengikuti pelatihan PMO (0,0%). Berdasarkan hasil uji analisis hubungan dengan uji Chi Square diperoleh bahwa p value sebesar 1.000

( $p > 0,05$ ). Oleh karena  $p > 0,05$  maka membuktikan tidak ada hubungan yang signifikan antara pelatihan PMO dengan praktik PMO.

**g. Hubungan antara status keluarga PMO dengan praktik PMO**

Hasil analisis statistik subyek penelitian sebesar 70 responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.19**  
**Hubungan Antara Status Keluarga Dengan Praktik PMO**

No.	Status Keluarga	Praktik PMO				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		f	%	f	%	f	%
1.	Bukan Keluarga	8	100.0	0	0	8	100.0
2.	Keluarga	55	88.7	7	11.3	62	100.0
	Jumlah	63	90.0	7	10.0	70	100.0
X <sup>2</sup> = 1.004   p = 1.000   Ho= diterima							

Berdasarkan tabel diatas maka dapat diketahui bahwa proporsi terbesar responden yang berpraktik baik dalam pelayanan PMO adalah responden yang berstatus bukan keluarga terhadap penderita (100%). Dibandingkan dengan proporsi responden yang berstatus keluarga terhadap penderita (88,7%). Sementara pada proporsi terbesar responden yang berpraktik kurang adalah responden yang berstatus keluarga terhadap penderita (11,3%). Dibandingkan dengan proporsi responden yang berstatus bukan keluarga (0,0%).

Berdasarkan hasil uji analisis hubungan dengan uji Chi Square didapatkan p value sebesar 1.000 ( $p > 0.05$ ). Oleh karena  $p > 0,05$  maka membuktikan

tidak ada hubungan yang signifikan antara status keluarga PMO terhadap penderita dengan praktik PMO.

#### h. Hubungan antara pengetahuan PMO dengan sikap PMO

Hasil analisis statistik subyek penelitian sebesar 70 responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

**Tabel 4.20**

#### **Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Sikap PMO**

No.	Pengetahuan	Sikap PMO				Jumlah	
		Baik		Kurang			
		f	%	f	%		
1.	Baik	61	100.0	0	0	61	100.0
2.	Kurang	6	66.7	3	33.3	9	100.0
Jumlah		67	95.7	3	4.3	70	100.0
$X^2 = 21.244$ $p = 0.002$ $H_0 = \text{Ditolak}$ $r = 0.483$							

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa proporsi terbesar responden yang bersikap baik terhadap pendampingan minum obat adalah responden yang memiliki pengetahuan baik tentang materi pelayanan PMO (100%). Dibandingkan dengan proporsi responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang materi pelayanan PMO (66,7%). Sementara proporsi terbesar responden yang bersikap kurang adalah responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang materi pelayanan PMO (33,3%). Dibandingkan dengan proporsi responden yang memiliki pengetahuan baik tentang materi pelayanan PMO (0,0%). Berdasarkan hasil uji analisis hubungan dengan uji Chi-Square diperoleh bahwa p value = 0,002 ( $p < 0,05$ ). Oleh karena p value < 0,05 maka membuktikan ada hubungan yang sangat signifikan antara

pengetahuan PMO dengan sikap PMO. Kekuatan hubungan yang terjadi sedang yaitu dengan koefisien korelasi sebesar 0,483. karena pada kisaran 0,40 – 0,599. Hal ini menunjukkan hubungan positif yang sangat signifikan bahwa sikap responden sebagai PMO akan baik bila PMO memiliki pengetahuan yang baik tentang materi pelayanan PMO dan akan kurang baik bila memiliki pengetahuan yang kurang tentang materi pelayanan PMO.

#### i. Hubungan antara pengetahuan PMO dengan praktik PMO

Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan responden dengan praktik PMO dibedakan antara responden yang berpengetahuan baik, bila skor  $\geq 14$  dan berpengetahuan kurang, bila skor  $< 14$ . maka didapatkan gambaran distribusi pengetahuan seperti tabel dibawah ini:

**Tabel 4.21**

**Hubungan Antara Pengetahuan PMO Dengan Praktik PMO**

No.	Pengetahuan	Praktik PMO				Jumlah	
		Baik		Kurang		f	%
		f	%	f	%		
1.	Baik	57	93.4	4	6.6	61	100.0
2.	Kurang	6	66.7	3	33.3	9	100.0
<b>Jumlah</b>		63	90.0	7	10.0	70	100.0
$X^2 = 6.248$ $p = 0.041$ $H_o = \text{Ditolak}$ $r = 0.286$							

Berdasarkan tabel diatas maka dapat diketahui bahwa proporsi terbesar responden yang berpraktik baik dalam pelayanan PMO adalah responden yang memiliki pengetahuan baik tentang materi pelayanan PMO (93,4%). Dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan kurang

tentang materi pelayanan PMO (66,7%). Sementara proporsi terbesar responden yang berpraktik kurang adalah responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang materi pelayanan PMO (33,3%). Dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan baik tentang materi pelayanan PMO (6,6%).

Berdasarkan hasil uji analisis hubungan dengan uji Chi-Square diperoleh p value sebesar 0,041 ( $p < 0,05$ ). Oleh karena  $p < 0,05$  maka membuktikan ada hubungan yang sangat signifikan antara pengetahuan PMO dengan praktik PMO. Kekuatan hubungan yang terjadi lemah yaitu dengan koefisien korelasi sebesar 0,286. karena pada kisaran 0,20 – 0,399.

Hal ini menunjukkan hubungan positif yang sangat signifikan bahwa praktik responden sebagai PMO akan baik bila PMO memiliki pengetahuan yang baik tentang materi pelayanan PMO dan akan kurang baik bila memiliki pengetahuan yang kurang tentang materi pelayanan PMO.

#### **j. Hubungan antara sikap PMO dengan praktik PMO**

Untuk mengetahui hubungan antara sikap dengan praktik PMO adalah dibagi menjadi dua kategori yaitu sikap baik, bila skor  $\geq 44$ , dan sikap kurang, bila skor  $< 44$ . Maka didapatkan distribusi sikap responden pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.22**  
**Hubungan Antara Sikap Dengan Praktik PMO**

No.	Sikap	Praktik PMO				Jumlah	
		Baik		Kurang		f	%
		f	%	f	%		
1.	Baik	62	92.5	5	7.5	67	100.0
2.	Kurang	1	33.3	2	66.7	3	100.0
<b>Jumlah</b>		63	90.0	7	10.0	70	100.0
$\chi^2 = 11.183$ $p = 0.025$ $H_0 = \text{Ditolak}$ $r = 0.371$							

Berdasarkan tabel diatas maka dapat diketahui bahwa proporsi terbesar responden yang berpraktik baik dalam pelayanan PMO adalah responden yang memiliki sikap baik terhadap kegiatan pendampingan minum obat (92,5%).Dibandingkan dengan responden yang memiliki sikap kurang baik terhadap kegiatan pendampingan minum obat (33,3%). Sementara proporsi terbesar responden yang berpraktik kurang adalah responden yang memiliki sikap kurang baik terhadap kegiatan pendampingan minum obat (66,7%). Dibandingkan dengan proporsi responden yang memiliki sikap baik terhadap kegiatan pendampingan minum obat (7,5%).

Berdasarkan hasil uji analisis hubungan dengan uji Chi-Square diperoleh hasil p value sebesar 0,025 ( $p < 0,05$ ). Oleh karena  $p < 0,05$ , maka membuktikan ada hubungan positif yang sangat signifikan antara sikap PMO dengan praktik PMO. Kekuatan hubungan yang terjadi lemah yaitu dengan koefisien koorelasi sebesar 0,371, karena pada kisaran 0,20 – 0,399.

Hal ini menunjukkan hubungan yang sangat signifikan bahwa praktik responden sebagai PMO akan baik bila PMO memiliki sikap yang baik



terhadap kegiatan pendampingan minum obat dan akan kurang baik bila memiliki sikap yang kurang terhadap kegiatan pendampingan minum obat.

### 3. Analisis Multivariat

Untuk mengetahui pengaruh variabel bebas yaitu karakteristik responden (yang meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, masa tugas, pelatihan, status keluarga), dan pengetahuan, sikap responden terhadap variabel terikat yaitu praktik PMO, dilakukan uji multivariat *Logistik Regression*. Dengan menggunakan metode *Forward Stepwise (Conditional)* diperoleh hasil bahwa delapan variabel bebas tersebut secara bersama-sama, apabila diuji dengan menggunakan metode regresi logistik diperoleh satu variabel yang memperlihatkan pengaruh terhadap variabel terikat, yaitu variabel sikap. Dimana tingkat kemaknaan dari variabel ini  $< 0,05$  yaitu 0,014. Oleh karena itu pada variabel bebas (sikap) tersebut  $H_0$  ditolak, yang berarti ada pengaruh antara variabel bebas yaitu sikap dengan praktik. Dari hal tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa variabel sikap mempengaruhi praktik PMO penderita tuberkulosis paru.

Bila angka tersebut dimasukkan ke dalam persamaan Regresi Logistik dengan kondisi sikap baik terhadap pendampingan menelan obat OAT, didapatkan probabilitas praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru di Kota Semarang adalah sebagai berikut :

$$\begin{aligned}
 P(x) &= \frac{1}{1 + e^{-\{\alpha + \beta_1 (\text{Sikap})\}}} \\
 &= \frac{1}{1 + 2,718^{-\{-5,729 + 3,211 (\text{Sikap})\}}} \\
 &= 99,93 \%
 \end{aligned}$$

Dengan hasil seperti tersebut diatas apabila variabel sikap dalam kategori baik, maka akan diperoleh kemungkinan praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru di Kota Semarang sebesar 99,93 % dipengaruhi oleh sikap tersebut.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Karakteristik Responden**

Berdasarkan golongan umur menunjukkan bahwa responden yang terbanyak adalah golongan umur lebih 30 tahun sebanyak 53 responden (75.7%). Umur responden yang termuda 16 tahun, sedangkan yang tertua berumur 51 tahun. Secara teori tidak ada batasan umur untuk menjadi PMO penderita tuberkulosis paru, yang terpenting PMO dapat melakukan pengawasan terhadap penderita tuberkulosis paru pada saat menelan obatnya. Dan umur merupakan salah satu faktor yang dapat menggambarkan kematangan seseorang, baik kematangan fisik, psikis dan sosial, yaitu umur mempengaruhi baik tidaknya seseorang pada proses belajar mengajar.<sup>18)</sup>

Tingkat pendidikan responden paling banyak adalah  $\geq 9$  tahun atau lulus SMP ke atas yaitu sebanyak 77,1%, dan hanya 22,9% responden yang berpendidikan  $< 9$  tahun. Pendidikan PMO dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan tentang materi pelayanan pengawasan penderita tuberkulosis paru. Semakin tinggi pendidikan PMO maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya, sehingga secara tidak langsung juga akan mempengaruhi terjadinya praktik PMO terhadap penderita tuberkulosis paru.

Sedangkan berdasarkan pekerjaan responden sebagian besar bekerja yaitu sebesar 72,9%, dan yang tidak bekerja sebesar 27,9%. Dari 70 responden yang diteliti sebagian besar bekerja sebagai pedagang yaitu sebesar 36%, disusul sebagai buruh (32%), pegawai negeri (16%), pegawai swasta (12%), lain-lain (4%).

Berdasarkan tingkat pendapatan responden per bulan paling besar pada kelompok lebih dari atau sama dengan UMK yaitu sebesar 75.7%. Dengan rata-rata pendapatan responden yang diteliti adalah sebesar Rp.609.642,-. Dengan kisaran minimum Rp.200.000,- ;maximum Rp.1.500.000,-. Hal ini berarti sebagian besar responden dikategorikan memiliki tingkat pendapatan sedang yaitu antara Rp.100.000 – Rp.750.000,- berdasarkan kriteria Kebutuhan Hidup Minimal ( KHM) Kota Semarang tahun 2000, atau sudah mencukupi kebutuhan sehari-hari berdasarkan Upah Minimal Kota (Rp.386.500,-) menurut BPS Propinsi Jawa Tengah tahun 2003.<sup>27)</sup>

Distribusi masa tugas responden dalam menjalankan praktik PMO yang terbanyak dengan lama tugas  $\geq 6$  bulan yaitu sebesar 68,6%. Dan responden dengan masa tugas  $< 6$  bulan sebesar 31,4%. Rata-rata masa tugas PMO dari 70 responden adalah 5,30 bulan dengan kisaran minimum 1 bulan dan kisaran maximum 12 bulan. Hal ini menunjukkan responden sebagian besar telah menyelesaikan tugasnya sebagai PMO, dan sisanya merupakan responden yang masih aktif dalam menjalankan praktik PMO karena jangka lama pengobatan berakhir bila sudah 6-8 bulan pengobatan.

Distribusi status keluarga PMO terhadap penderita sebagian besar dari kelompok keluarga yaitu sebesar 88,6%. Hal ini berarti sebagian besar yang menjadi PMO masih ada hubungan keluarga dengan penderita tuberculosis paru, sedangkan PMO yang dari bukan keluarga hanya 11,4%. Status bukan keluarga ini 100% dari petugas kesehatan. Pemilihan PMO di Kota Semarang diutamakan dari keluarga pasien, karena keluarga adalah orang terdekat yang setiap saat bisa mengawasi pasien pada saat minum obat, tanpa harus mengeluarkan transportasi. Biasanya yang menjadi PMO adalah istri (37,15%), suami (22,6%), anak (16,1%), ibu (12,9%), dan ayah

(6,5%),lain-lain (4,8%). Selain itu karena adanya ikatan batin antara penderita dengan PMO yang berasal dari keluarganya dimungkinkan dapat meningkatkan praktik PMO tersebut.

Distribusi Pelatihan PMO menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak pernah mendapatkan pelatihan (88,6%), dan hanya 11,4% saja yang pernah mendapatkan pelatihan PMO.

Distribusi tingkat pengetahuan responden tentang materi pelayanan PMO penderita tuberculosis paru dikategorikan berdasarkan skor. Untuk skor  $\geq 14$  termasuk berpengetahuan baik, sedangkan untuk skor  $< 14$  berpengetahuan kurang. Pengetahuan responden sebagian besar mempunyai pengetahuan baik (87,1%), dan hanya sebagian kecil (12,9%) yang berpengetahuan kurang tentang materi pelayanan PMO. Hal ini salah satunya disebabkan karena responden pada waktu pertama kali mengantarkan penderita untuk berobat dan setelah diketahui bahwa penyakitnya positif tuberculosis paru maka mereka mendapat penyuluhan dari petugas kesehatan dengan harapan dapat meningkatkan pengetahuan bagi si PMO dan menjadi acuan untuk melakukan tindakan dalam mendukung kesembuhan penderita. Selain penyuluhan keluarga pasien juga bisa mendapatkan pengetahuan tentang tuberculosis dari poster-poster yang terpasang di Puskesmas, dan juga melalui media masa yang memuat tentang kesehatan.

Berdasarkan sikap responden menunjukkan sebagian besar mempunyai sikap yang baik (95,7%), dan hanya 4,3% mempunyai sikap yang kurang terhadap pendampingan minum obat. Dengan melihat besarnya nilai diatas, dapat dikatakan bahwa respon emosional para PMO terhadap stimulus atau obyek (dalam

mendukung kesembuhan penderita tuberculosis paru) positif. Sikap merupakan reaksi atau respon emosional seseorang terhadap stimuli atau obyek diluarnya yang bersifat penilaian, dan penilaian ini dapat dilanjutkan dengan kecenderungan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu terhadap stimuli atau obyek.<sup>40)</sup> Dengan mengacu pada definisi sikap diatas maka hasil penelitian ini sebagian besar responden melakukan sesuatu terhadap stimuli atau obyek. Disamping itu sikap PMO ini juga dipengaruhi oleh pandangan bahwa penderita yang didampingi adalah bagian dari keluarganya. Dari hal itu seorang PMO yang mengetahui saudaranya sakit akan berusaha / bersikap menanggapi segala hal yang mendukung tentang kesembuhan pasien/saudaranya.

Distribusi responden menurut praktik PMO dikategorikan menjadi praktik baik bila mempunyai skor  $\geq 13$ , sedangkan yang mempunyai praktik kurang, bila skor  $< 13$ . Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden mempunyai praktik baik (90,0%), dan hanya 10,0% mempunyai praktik kurang. Angka diatas menerangkan bahwa sebagian besar responden telah melakukan reaksi konkrit terhadap stimuli atau obyek. Praktik yang mendukung bisa disebabkan karena beberapa hal, diantaranya keinginan yang besar dari seorang PMO terhadap kesembuhan penderita yang didampinginya.

## **B. Pembahasan Analisis Bivariat**

Hasil penelitian ini secara umum sudah dapat menjawab pertanyaan penelitian sesuai dengan tujuan penelitian, kerangka teori, kerangka konsep maupun hipotesis. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi praktik PMO penderita tuberculosis paru di Kota Semarang. Setelah

dilakukan uji statistik bivariat didapatkan hasil bahwa pengetahuan PMO mengenai tuberculosis paru dan sikap PMO terhadap kegiatan pendampingan minum obat mempunyai hubungan / pengaruh terhadap praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberculosis paru.

Setelah dilakukan uji multivariat secara bersama-sama antara variabel bebas yang diduga berpengaruh terhadap praktik PMO, ternyata hanya sikap PMO yang signifikan berpengaruh terhadap praktik PMO.

Tujuan khusus penelitian ini secara umum juga sudah terjawab, yaitu mengetahui karakteristik PMO, pengetahuan dan sikap mempunyai hubungan dengan praktik PMO, meskipun hubungan yang terjadi berbeda kekuatannya, dan adanya faktor sikap yang paling dominan berpengaruh terhadap praktik PMO.

Dari sebelas hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini tidak semuanya terbukti atau ditolak secara statistik. Hanya empat hipotesis yang dapat diterima atau terbukti yaitu pengetahuan dan sikap mempunyai hubungan dengan praktik PMO, serta adanya hubungan antara pengetahuan dengan sikap PMO terhadap kegiatan pendampingan minum obat. Namun demikian pada kajian statistik yang lebih mendalam, ternyata hanya faktor sikap PMO yang merupakan faktor yang paling signifikan berpengaruh terhadap praktik PMO penderita tuberculosis paru di Kota Semarang.

Dengan gambaran seperti diatas, perlu dikaji lebih lanjut kemungkinan yang menyebabkan adanya hubungan / pengaruh antara pengetahuan, sikap dengan praktik PMO.

1. Pengetahuan responden mengenai tuberculosis paru.

Dalam penelitian ini, pengukuran tentang nilai pengetahuan menunjukkan hasil bahwa dari 70 responden didapatkan yang berpengetahuan baik meliputi 87,1 %. Pengetahuan yang baik dikarenakan responden rata-rata berpendidikan sampai dengan SMP ( $\geq 9$  tahun), dan adanya informasi berupa penjelasan mengenai pelayanan tuberculosis paru dari petugas kesehatan. Tambahan pula adanya informasi yang sering diterima oleh responden setiap kali mengambilkan obat atau mengantarkan penderita datang ke puskesmas. Sedangkan sebagian responden yang berpengetahuan kurang 12,9% mengenai tuberculosis paru karena baru menjadi PMO yaitu adanya masa tugas responden yang belum lama ( $< 6$  bulan), sehingga belum mendapatkan informasi lebih jelas, disamping pendidikan yang rendah.

Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif bermakna ( $p < 0,05$ ) antara pengetahuan dengan praktik PMO. Dengan pengetahuan PMO yang baik maka akan baik pula praktik PMO penderita tuberculosis paru dalam menelan obatnya. Hasil penelitian ini mendukung pendapat Green, bahwa suatu perilaku akan dipengaruhi pula antara lain oleh faktor predisposisi seperti pengetahuan dari yang bersangkutan.<sup>25)</sup> Demikian pula pendapat Ancok menandakan bahwa pengetahuan seseorang yang baik terhadap suatu kegiatan akan menyebabkan mereka memiliki sikap positif yang tercermin dalam keaktifan mereka mengikuti kegiatan itu.<sup>22)</sup>

Terdapat beberapa hasil penelitian yang mendukung pendapat Green dan Ancok tersebut diatas, misalnya hasil penelitian Istiarti yang menunjukkan bahwa pengetahuan ibu hamil tentang pemeriksaan kehamilan



berhubungan positif dengan BBLR.<sup>41)</sup> Hasil penelitian Zaini membuktikan bahwa pengetahuan masyarakat tentang Demam Berdarah Dengue berkorelasi dengan pelaksanaan kegiatan 3M dalam Program Pemberantasan Demam Berdarah.<sup>42)</sup>

Adanya hubungan ini tidak sesuai dengan pendapat Azwar yang menandakan bahwa tingkat pengetahuan seseorang yang tinggi terhadap suatu obyek tidak mutlak akan diikuti oleh suatu tindakan yang positif atau langgeng.<sup>24)</sup>

Ada dua alasan yang memungkinkan terjadinya hubungan tersebut diatas yaitu : alasan pertama ialah karena para responden yakin dan percaya akan apa yang disampaikan oleh dokter atau petugas kesehatan saat menyuluh / memberi penjelasan, hal ini sesuai dengan pendapat Yale yang diadaptasi oleh Fishbein dan Ajzen, bahwa sumber pemberi pesan yang dipercaya memberikan efek komunikasi yang positif bagi sasarannya.<sup>21)</sup> Alasan kedua ialah tingkat pendidikan para responden yang rata-rata berpendidikan SMP atau  $\geq 9$  tahun (77,1%), memudahkan para responden memahami isi penjelasan itu. Hal ini sesuai dengan pendapat Green bahwa pendidikan termasuk faktor predisposisi seseorang untuk berperilaku tertentu.<sup>25)</sup>

Saat peneliti berusaha menggali informasi adanya hubungan antara tingkat pengetahuan responden yang rata-rata baik dengan praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru, diperoleh informasi sebagai berikut :

**Kotak.1.**

*" Penyakit TBC, penyakit paru-paru atau flek yang bisa menular, dengan gejalanya batuk tak sembuh-sembuh terus muntah darah."*

NN, 46 tahun

Jawaban pada responden ini mengisyaratkan bahwa mereka mengerti tentang

Penyakit TBC Paru.

Berdasarkan hasil uji statistik diatas, maka hipotesa kerja bahwa ada hubungan antara pengetahuan PMO mengenai TB Paru dengan praktik PMO dalam pengawasan penderita TB paru ini terbukti.

Demikian pula dengan hasil perhitungan statistik yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna pula antara pengetahuan responden dengan sikap terhadap kegiatan pendampingan minum obat TB, karena  $p=0.002$  ( $p < 0,05$ ). Maka semakin baik pengetahuan responden akan semakin baik pula sikapnya. Hal ini sejalan dengan pendapat Mar'at yang mengatakan bahwa sebelum orang mendapat informasi atau melihat obyek, tidak mungkin terbentuk sikap. Dan meskipun dikatakan mendahului tindakan, sikap belum tentu merupakan tindakan aktif tetapi merupakan predisposisi.<sup>19)</sup>

Pendapat lain menyatakan bahwa sikap yang terbentuk apakah yang positif atau negatif dari segi manfaat atau tidaknya komponen pengetahuan. Sehingga semakin banyak manfaat yang diketahui maka semakin positif sikap yang dibentuk.<sup>22)</sup>

Berdasarkan hasil uji statistik diatas, maka hipotesa kerja bahwa ada hubungan antara pengetahuan PMO mengenai TB Paru dengan sikap PMO terhadap kegiatan pendampingan minum obat ini terbukti.

## 2. Sikap PMO terhadap kegiatan pendampingan minum obat .

Penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden mempunyai sikap positif baik terhadap kegiatan pendampingan minum obat penderita TB paru (95,7%). Dan hasil perhitungan uji bivariat sikap responden menunjukkan bahwa 62 responden (92,5%) bersikap baik dan mempunyai praktik PMO dengan baik. Serta menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara sikap responden dengan praktik PMO dalam pengawasan penderita TB Paru, karena  $p=0.0251$  ( $p<0,05$ ).

Hal ini sejalan dengan pendapat Notoatmodjo yang menyatakan bahwa hubungan antara perilaku dengan sikap, keyakinan, dan nilai tidak sepenuhnya dimengerti, namun bukti hubungan tersebut cukup banyak.<sup>40)</sup>

Ahmadi menyatakan bahwa ada hubungan erat antara sikap dengan perilaku, hal ini didukung oleh pengertian sikap yang mengatakan bahwa sikap merupakan kecenderungan untuk bertindak.<sup>43)</sup>

Hasil penelitian lainnya yang dapat dikemukakan oleh Bungkus Handy A yang menunjukkan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara sikap dengan praktik orang tua dalam mendukung kesembuhan anak penderita TB Paru.<sup>13)</sup>

Adanya hubungan antara sikap PMO dengan praktik PMO ini tidak sesuai dengan pendapat Kalangie bahwa gagasan, ide atau kegiatan walaupun telah dipahami dengan baik oleh seseorang, bukan jaminan bahwa yang bersangkutan akan bertindak atau berlaku secara positif terhadap hal tersebut.<sup>44)</sup>

Beberapa responden saat diwawancarai mengatakan bahwa mereka tidak merasa keberatan dan rela menjadi seorang PMO, sebagaimana kutipan dibawah ini :

**Kotak.2.**

<p><i>“ Saya rela dan ikhlas jadi PMO nya adik saya, yang penting saudara saya bisa sembuh “</i></p>	<p><i>NN, 25 tahun</i></p>
--	----------------------------

Jawaban ini mendukung hasil penelitian ini bahwa PMO mempunyai sikap positif terhadap kegiatan pendampingan penderita TB Paru dalam menelan obatnya. Menurut pendapat Notoatmodjo dan Mantra yang menandakan bahwa salah satu faktor pendorong orang berbuat sesuatu ialah adanya dorongan atau motivasi yang dirasakan.<sup>36, 45)</sup>

Berdasarkan uraian diatas, maka hipotesa kerja yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara sikap PMO dengan praktik PMO terbukti.

3. Praktik responden dalam pengawasan penderita tuberculosis paru menelan obat.

Pengukuran praktik responden dalam pengawasan penderita tuberculosis paru bisa dilihat dari upaya mereka dalam menjalankan tugas-tugas sebagai PMO seperti : mengenal tanda-tanda tersangka tuberculosis paru, mengawasi penderita menelan obat setiap hari, mengambilkan obat penderita seminggu sekali, mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak

pada bulan 2,5 dan 6., memberikan penyuluhan pada penderita dan keluarga, merujuk bila ada efek samping obat.<sup>14)</sup>

Dari semua responden sebanyak 90% mempunyai praktik baik dalam kegiatan PMO, seperti halnya pada pengetahuan dan sikap, penelitian ini juga menunjukkan hasil pengukuran praktik responden baik. Dilihat dari pemahaman yang sudah baik dari responden terhadap kegiatan PMO akan membentuk sikap yang baik. Dalam keadaan demikian apakah individu akan bertindak untuk mengikuti kegiatan PMO, sangat tergantung dari niat individu yang bersangkutan dan adanya faktor pendorong dari luar. Misalnya pendapat atau saran dari suami atau petugas kesehatan.

Praktik responden menurut *Theory of Reasoned Action*, dipengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak dipengaruhi oleh sikap dan norma subyektif. Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan akan hasil dari tindakan yang telah lalu. Norma subyektif dipengaruhi oleh keyakinan akan pendapat orang lain serta motivasi untuk mentaati pendapat tersebut.<sup>21)</sup>

Menurut Mantra terdapat beberapa unsur pendorong orang berbuat sesuatu yakni : 1). Pengetahuan atau pengertian tentang apa yang akan dilakukan, 2). Keyakinan akan manfaat dan kebenaran yang dilakukan (sikap positif), 3). Sarana yang diperlukan untuk melakukan suatu tindakan, 4). Norma atau dukungan kelompok dan yang terakhir ialah 5). Dorongan atau motivasi untuk berbuat yang dilandasi kebutuhan yang dirasakan.<sup>45)</sup>

Dalam wawancara mendalam responden mempunyai pendapat yang beragam tentang praktik PMO ini dan umumnya para PMO menurut pemahaman mereka sendiri, sebagaimana jawaban dibawah ini :

**Kotak.3.**

*" Saya akan itu menjaga adik dengan ikhlas lahir batin "*

*NN,26 tahun*

**Kotak.4.**

*" Sepengetahuan saya disuruh berjemur matahari di pagi hari, terus punggungnya belakang ditepuk-tepuk, dahak akan keluar"*

*NN,39 tahun*

**Kotak.5.**

*"Tugas saya ya Cuma mengingatkan minum obatnya rutin setiap hari"*

*NN,48 tahun*

Jawaban ini mengisyaratkan bahwa mereka telah menjalankan tugasnya dengan baik dan ikhlas sebagai seorang pengawas penderita tuberkulosis.

Praktik selain mempunyai hubungan dengan variabel pengetahuan juga mempunyai hubungan dengan variabel bebas lainnya seperti sikap terhadap pendampingan minum obat tuberkulosis paru. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa suatu penyakit dapat dicegah dengan perilaku kesehatan yang didukung salah satunya dengan praktik yang baik untuk mencegah penyakit tersebut. Perilaku kesehatan dapat dirumuskan sebagai segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya. <sup>38,39)</sup> Praktik yang mendukung bisa disebabkan karena beberapa hal, diantaranya keinginan yang besar keluarga terhadap kesembuhan anggota keluarganya yang sakit tersebut.

### C. Pembahasan multivariat

#### **Pengaruh Karakteristik responden, Pengetahuan, dan Sikap terhadap Praktik PMO.**

Berdasarkan hasil penelitian terhadap responden yang berjumlah 70 orang terdapat 3 variabel bebas yaitu; 1). Karakteristik responden, 2). Pengetahuan, 3) Sikap. Dari ketiga variabel bebas tersebut terdapat satu variabel yang tidak berhubungan dengan praktik PMO yaitu karakteristik responden. Sedangkan dua variabel yang lain berhubungan dengan praktik PMO yaitu pengetahuan dan sikap.

Dengan menggunakan metode Forward Stepwise (Conditional) diperoleh hasil bahwa tiga variabel bebas tersebut secara bersama-sama apabila diuji dengan menggunakan metode regresi logistik ternyata variabel yang sangat berpengaruh terhadap praktik PMO adalah variabel sikap PMO terhadap kegiatan pendampingan minum obat. Dimana dengan tingkat kemaknaan  $p = 0,014$  ( $p < 0,05$ ). Oleh karena itu pada variabel sikap tersebut  $H_0$  ditolak, yang berarti ada pengaruh antara sikap dengan praktik PMO.

Dari hal tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa sikap terhadap pendampingan minum obat tuberkulosis paru, merupakan variabel yang dominan memberikan pengaruh terhadap praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru.

Berdasarkan teori Lawrence Green and Marshal, mengatakan bahwa sikap seseorang adalah faktor pemudah (*predisposing factor*) untuk memberikan tanggapan

terhadap rangsangan lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut.<sup>25)</sup>

Dalam hal ini sikap PMO dapat diketahui adanya sikap yang dirasakan baik dan dirasakan kurang baik oleh responden. Dari 70 responden terdapat 95,7 % mempunyai sikap baik dan 4,3% mempunyai sikap kurang baik.

Sikap yang baik ini berkaitan dengan respon emosional para PMO terhadap stimulus atau obyek (dalam mendukung kesembuhan penderita tuberkulosis paru ) positif. Sikap merupakan reaksi respon emosional seseorang terhadap stimuli atau obyek diluarnya yang bersifat penilaian, dan penilaian ini dapat dilanjutkan dengan kecenderungan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu terhadap stimuli atau obyek.<sup>40)</sup>

Dengan mengacu pada definisi sikap diatas maka hasil penelitian ini sebagian besar responden melakukan sesuatu terhadap stimuli atau obyek. Disamping itu sikap seorang PMO juga dipengaruhi oleh pandangan keluarga, karena sebagian besar responden PMO dari keluarga (88,6 %), bahwa keluarga adalah orang terdekat yang setiap saat bisa mengawasi anggota keluarganya yang sakit pada saat minum obat, dan adanya ikatan batin antara penderita dengan PMO yang berasal dari keluarganya dimungkinkan dapat meningkatkan kepatuhan berobat. Dari hal itu seorang PMO yang mengetahui keluarganya sakit akan bersikap menanggapi segala hal yang mendukung tentang kesembuhan anggota keluarganya.

Kenyataan tersebut mendukung asumsi bahwa sikap yang semakin baik dari responden terhadap kegiatan PMO akan dapat meningkatkan angka kesembuhan penderita TB Paru. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada pengaruh yang



positif bermakna antara sikap PMO terhadap kegiatan pendampingan minum obat dengan praktik PMO.

Berdasarkan uraian diatas, maka hipotesa kerja yang menyatakan bahwa ada pengaruh secara bersama-sama antara karakteristik PMO, pengetahuan dan sikap terhadap praktik PMO tidak terbukti. Dan ternyata hanya faktor sikap yang dominan berpengaruh ( 99,93 %) terhadap praktik PMO dalam pengawasan penderita TB Paru.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Telah dilakukan penelitian untuk menganalisis ada tidaknya hubungan antara karakteristik PMO, pengetahuan dan sikap PMO dengan praktik PMO dalam pengawasan penderita tuberkulosis paru. Dengan menggunakan teknik analisis kuantitatif dan kualitatif maka kesimpulan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :

- 1) Karakteristik PMO yang meliputi : umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status keluarga terhadap penderita, pelatihan, masa tugas tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan praktik PMO dalam pengawasan penderita TB Paru tersebut.
- 2) Pengetahuan PMO mengenai TB Paru mempunyai hubungan yang bermakna dengan praktik PMO dalam pengawasan penderita TB Paru tersebut.
- 3) Sikap PMO terhadap kegiatan pendampingan minum obat mempunyai hubungan yang bermakna dengan praktik PMO dalam pengawasan penderita TB Paru tersebut.
- 4) Pengetahuan PMO mengenai TB Paru mempunyai hubungan yang bermakna dengan sikap PMO terhadap kegiatan pendampingan minum obat tersebut.

- 5) Sikap PMO terhadap kegiatan pendampingan minum obat merupakan faktor yang dominan berpengaruh terhadap praktik PMO dalam pengawasan penderita TB Paru.

## **B. Saran**

- 1) Tingkat pengetahuan PMO terhadap penderita tuberkulosis paru yang sudah baik perlu didorong dan dikembangkan menjadi suatu sikap dan praktik PMO yang lebih baik, yaitu dengan cara mendorong dan membantu supaya dapat menaikkan angka keberhasilan pengobatan berstrategi DOTS.
- 2) Sikap dan praktik PMO yang baik terhadap penderita tuberkulosis paru agar terus dikembangkan, melalui pembentukan kelompok para PMO di setiap Puskesmas masing-masing, karena dua hal tersebut merupakan faktor nyata terhadap keberhasilan pengobatan berstrategi DOTS serta mempunyai korelasi yang kuat.
- 3) Dalam kajian ternyata dari para PMO penderita tuberkulosis paru di Kota Semarang yang lebih berpengaruh signifikan adalah sikap PMO, oleh karena itu para petugas kesehatan lebih mengintensifkan penjelasannya dalam sikap terhadap pendampingan minum obat dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Knight L. *Tuberculosis and sustainable development*. The stop TB initiative 2000 report (serial online) 2000 March (cited 2001 Feb 13); 1(1): (26 screen). Available from: URL: HYPERLINK  
<http://www.who.stoptb.org/conference/Report.acces.htm>.
2. WHO report 2000. *Why is accelerated action still needed ?*. Global Tuberculosis Control (serial online) 2000 March (cited 2001 March 12): 1(1) (7 screen). Available from: URL: HYPERLINK  
<http://www.stoptb.org/stop.TB.Partners/index.htm>
3. Roestam KS. *Peran PPTI dalam meningkatkan penyuluhan kepada remaja dan ibu hamil*. PPTI,2000: 1-15.
4. Dalianto TR, Juni T, Dwi W. *Dots sebagai strategi baru dalam penanggulangan tuberkulosis dan pelaksanaannya di puskesmas*. Medika (serial online) April 1999. vailable from: URL:HYPERLINK  
<http://www.pdat.co.id/medika/pengelola.htm>.
5. Nasrin Kodim, *Kinerja Pengobatan Program Pemberantasan TBC Strategi DOTS di Provinsi Sumsel, Jabar, Jateng, dan Sulteng 1998-1999*. Medika,2000 :vol.xxvi;8;493-504.
6. Dinkes Kota Semarang, *Profil Kesehatan Kota Semarang,2003*, Semarang.
7. Dinkes Kota Semarang, *Hasil kegiatan Program P2M,2003*, Semarang.
8. Notoatmodjo S. *Ilmu kesehatan masyarakat*. Cetakan I. Jakarta: PT Rineka Cipta,1997: 118-145.
9. Sarwono S. *Sosiologi kesehatan beberapa konsep beserta aplikasinya*. Cetakan kedua. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997: 1-98.
10. Wiwik N, *Perbedaan tingkat kepatuhan berobat pada penderita TB Paru yang didampingi PMO di wilayah Puskesmas Kabupaten Boyolali,1999*, Skripsi, Tidak diterbitkan,FKM,UNDIP.
11. Haryanto, *Hubungan pengetahuan, sikap dan praktik kader dalam penemuan tersangka penderita TB Paru di Kecamatan Srumbung Kabupaten Magelang*. 2001, Skripsi, Tidak diterbitkan, FKM,UNDIP.
12. Betty Kathalina, *Gambarapenderita TB Paru resisten dan Identifikasi faktor pengobatan penyebab terjadinya resistensi di BP4 Kota Semarang, 2002*,Skripsi, Tidak diterbitkan, FKM, UNDIP.

13. Bungkus Handy, *Hubungan pengetahuan, sikap dengan praktik orang tua dalam mendukung kesembuhan TB Paru anak di BP4 Tegal*.2003, Skripsi, Tidak diterbitkan.FKM,UNDIP.
14. Depkes RI, *Perawatan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta,1998
15. Depkes RI, *Pedoman Komunikasi Informasi Edukasi DOTS*, Ditjen PPM&PLP, Jakarta,1998.
16. Depkes RI, *Petunjuk Panduan dan Kemasan Obat Anti Tuberkulosis*, Jakarta,1993.
17. Solita,S, *Sosiologi Kesehatan*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1993.
18. Notoatmodjo,S, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2003.
19. Ma`rat, *Sikap Manusia, Perubahan Serta Pengukurannya*, Ghalia Indonesia, Jakarta,1982.
20. Kartono,K, *Psikologi Umum*,Penerbit Mandar Maju, Bandung, 1990.
21. Smet,Bart, *Theory of Reasoned Action*, The John Hopkins University, Mayfield Publishing, USA,1994.
22. Ancok,J, *Teknik Penyusunan Skala Pengukur*, Pusat Penelitian Kependudukan,UGM, Yogyakarta,1989.
23. Ogden, Jane,1991, *Health Psychology*, Open University press, Buckingham, Philadelphia.
24. Azwar,S, *Pengantar Pendidikan Kesehatan*, Sastra Hudaya, Jakarta,1993.
25. Lawrence.W.Green dan Marshall W Kreuter, *Health Promotion Planning An Educational and Environment Approach*,second edition, Mayfield Publishing,1991.
26. Hadi,S, *Metodologi Research*, Andi offset, Yogyakarta, 1990.
27. Badan Pusat Statistik , *Statistik Upah di Indonesia*,Biro Pusat Statistik Propinsi Jateng, 2002.
28. Azwar,S, *Metode Penelitian*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta,2001,Cetakan III.
29. Pratiknyo,AW, *Dasar-dasar Metodologi Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan*, CV Rajawali,Yogyakarta,1993.

30. Singarimbun Masri, *Metode Penelitian Survei LP3ES*, Jakarta, 1989.
31. Gasperz, Vincent, *Teknik Penarikan Contoh untuk Penelitian Survei*, Penerbit Tarsito, Bandung, 1991.
32. Arikunto, S., *Prosedur Penelitian*, Edisi revisi, Cetakan 12, Rineka Cipta, Jakarta, 2002.
33. Santosa, Singgih, *SPSS for Window Release 10.0*, PT Elek Media Komputindo, Gramedia, Jakarta, 2000.
34. Program Pascasarjana Universitas Diponegoro, *Petunjuk Penulisan Usulan Penelitian dan Tesis*, Semarang, 2002.
35. Fakultas Kesehatan Masyarakat, UNDIP, *Buku Petunjuk Pelaksanaan Kegiatan Skripsi*, Semarang, 2002.
36. Noto admojo S.dkk, *Pengantar Perilaku, Ilmu Perilaku Kesehatan*, FKM-UI, Jakarta, 1985, 121-133.
37. Widiarti, dkk, *Efikasi Binet 25 EC pada kelambu celup terhadap Anopheles Aconitus*, Cermin Dunia Kedokteran, 1997, 25-27.
38. Sarwono, S., *Sosiologi Kesehatan, Beberapa konsep beserta Aplikasinya*, Yogyakarta, Gajamada University Press, 1993.
39. Notoadmojo, S., *Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prinsip-prinsip Dasar*, PT. Rineka Cipta, Jakarta, 1997, 130-132.
40. Notoadmojo, S., *Konsep Perilaku Kesehatan Interaksi*, Jakarta, 2002.
41. Istiarti, T., *Menanti Buah Hati*, Media Pressindo, Yogyakarta, 2000.
42. Zaini, M., *Peran Faktor Predisposisi pada Ibu Rumah Tangga dan Pengaruh Penyuluhan Dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk di Desa Kedung Maling, Kecamatan Soaka, Kabupaten Mojokerto*, Tesis, Program Pascasarjana, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 1996.
43. Ahmadi, Abu, *Psikologi Sosial*, PT. Rineka Cipta, Jakarta, 1991.
44. Kalangie, NS, *Kebudayaan dan Kesehatan, Pengembangan Pelayanan Kesehatan Primer Melalui Pendekatan Sosiobudaya*, Megapoin, Cetakan I, Jakarta, 1994.
45. Mantra, IB, *Buku Pedoman PKM bagi petugas Puskesmas*, Subdin Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Jawa Timur, Surabaya, 1984/1985.